

Tartu Ülikool  
Meditsiiniteaduste valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
Õendusteaduse õppetool

**Rainer Mällo**

**TAHTEVASTANE HOOLDUS ISESEISVAS STATSIONAARSES ÕENDUSABIS –  
PATSIENTIDE JA PERSONALI VAATEKOHAD**

Magistritöö

Tartu 2019

Põhijuhendaja: Reet Tohvre, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Lilia Leppsaar, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 9. mai 2019. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

## **LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS**

Mina, Rainer Mällo (05.09.1973),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„TAHTEVASTANE HOOLDUS ISESEISVAS STATSIONAARSES ÕENDUSABIS – PATSIENTIDE JA PERSONALI VAATEKOHAD“,

mille juhendajad on Reet Tohvre, MSc, Ere Uibu, MSc

1.1 reprodutseerimiseks selle säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2 üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. Olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Rainer Mällo

9. mai 2019

## KOKKUVÕTE

### **Tahevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad**

Patsiendid on kirjeldanud olukordi, kus nende soovidega ei ole piisavalt arvestatud ning neid on hooldatud või ravitud vastu nende tahet. Tahevastase hoolduse esinemist igapäevapraktikas kinnitavad ka tervishoiutöötajad. Eakatel on sageli füüsiline ja vaimne võimekus langenud, mistõttu nad ei suuda enda tahet piisava selgusega väljendada ja on oht, et nad võivad kogeda tahevastaselt sooritatud hooldustoiminguid. Teemat on vähe käsitletud nii meil kui mujal, kuid käesolevaks ajaks on publitseeritud esimesed uurimused, mis kinnitavad nähtuse eksisteerimist Belgia ja Hollandi õenduskodudes.

Uurimistöö on empiiriline, kvalitatiivne, kirjeldav uurimus. Uurimistöö teadusfilosoofiline taust on fenomenoloogia ja lähenemisviis induktiivne. Eesmärgiks oli kirjeldada tahevastast hooldust Eesti haiglate iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades. Uurimistöö eesmärgi täitmiseks otsiti vastuseid küsimustele: 1) Mida arvavad tahevastasest hooldusest osakondade töötajad? 2) Millised on patsientide kogemused tahevastasest hooldusest?

Uuritavad olid õed, hooldustöötajad ja patsiendid. Andmete kogumine viidi läbi ajavahemikus oktoober 2018 kuni jaanuar 2019, struktureerimata intervjuude abil. Kokku intervjueriti 20 isikut. Kogutud andmed analüüsiti induktiivselt kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil, mille tulemusel selgusid personali ja patsientide vaatekohad.

Tahevastane hooldus on praktikas esinev nähtus, kus patsiendile teostatakse ravi ja hooldustoiminguid vastu tema väljendatud tahet. Tahevastast hooldust osakondades võivad tingida alljärgnevad tegurid: asutuse töökorralduse aspektid, personali hoiakud ja suhtlemisviisid, patsiendiga seotud tegurid, sugulaste ootused ja soovid, õendus ja ravitoimingute vältimatusest tingitud tegurid. Patsiendi soovimatus olla õendusabi teenusel võib samuti viia olukordadeni, kus hooldustoiminguid võidakse teostada vastu tema tahet.

Märksõnad: tahevastane hooldus, tahevastased hooldustoimingud, tahevastane hooldus statsionaarses õendusabis, patsientide ja personali vaatekohad.

## **SUMMARY**

### **Forced care in independent stationary nursing – patients' and personnel's viewpoints**

Patients have described situations, in which their interests have not been sufficiently considered or that they have cared or cured against their will. Occurrence of forced care in everyday practice has been also confirmed by healthcare personnel. Physical and mental capabilities of elderly patients are often decreased and therefore, they are not able to express their will clearly, which puts them into a threat of receiving care against their will. There has been done insufficient research on this topic both in Estonia and other countries, although the first studies, which confirm the existence of that problem in Belgian and Dutch nursing homes have just been published.

The thesis is an empirical qualitative descriptive study. Its scientific-philosophical background is phenomenology and the study follows inductive approach. The aim of the study was to describe forced care in independent stationary nursing departments of Estonian hospitals. For accomplishing the aim of the study, the following research questions were answered: 1) What are the opinions of personnel about forced care? 2) What are the patients' experiences with forced care?

Nurses, caregivers and patients participated in the study. The data collection was carried out between October 2018 and January 2019. The data were collected by unstructured interviews. In total, 20 persons were interviewed. The data was analyzed by qualitative content analysis, which revealed the patients' and personnel's viewpoints.

Forced care is a practical phenomenon, which includes medical treatment and care procedures against persons expressed will. Forced care may be caused by aspects of work organization, personnel' attitudes and communication styles, patient-related factors, relatives' expectations and wishes, factors related to inevitable nursing and medical procedures. Patient's unwillingness for nursing care service may also lead to a situation in which care may be executed against the patient's will.

Keywords: force care, forced care procedures, forced care in stationary nursing, patients' and personnel's viewpoints.

# SISUKORD

## KOKKUVÕTE

## SUMMARY

1.	SISSEJUHATUS.....	5
2.	TAHTEVASTANE HOOLDUS STATIONAARSES ÕENDUSABIS .....	7
2.1.	Tahevastane hooldus ja iseseisev stationaarne õendusabi .....	7
2.2.	Eetilised aspektid ja õiguslikud alused.....	8
2.3.	Uurimused tahevastase hoolduse kohta.....	9
3.	METOODIKA.....	12
3.1.	Metodoloogilised lähtekohad .....	12
3.2.	Uuritavad .....	12
3.3.	Andmete kogumine.....	13
3.4.	Andmete analüüs .....	15
3.5.	Uurimistöö usaldusväärsus .....	16
4.	TULEMUSED.....	18
4.1.	Tahevastane hooldus praktikas .....	18
4.2.	Personali vaatekohad .....	18
4.2.1.	Tahevastase hoolduse esinemine praktikas .....	18
4.2.2.	Patsientide ja nende lähedastega seotud asjaolud .....	19
4.2.3.	Personali hoiakutest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahevastased tegevused ..	22
4.2.4.	Elamistoimingutega seotud tahevastased tegevused .....	24
4.3.	Patsientide vaatekohad .....	26
4.3.1.	Tahevastaselt hooldamine .....	26
4.3.2.	Hügieeni tagamise ja toitmise seotud tahevastane hooldus.....	27
4.3.3.	Patsientide ja tema lähedastega seotud tahevastased asjaolud.....	28
4.3.4.	Patsiendi ja personali omavahelisest suhtlemisest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahevastane hooldus .....	29
5.	ARUTELU .....	31

5.1. Personali vaatekohad tahtevastase hoolduse kohta .....	31
5.2. Patsientide vaatekohad tahtevastase hoolduse kohta.....	33
5.3. Uurimistöö kitsaskohad .....	34
5.4. Tahtevastane hooldus praktikas ja edasised uurimisprobleemid .....	35
6. JÄRELDUSED.....	37
KASUTATUD KIRJANDUS .....	38
LISAD .....	43
Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks .....	43
Lisa 2. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (patsient).....	45
Lisa 3. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (personal).....	47
Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks.....	49

## 1. SISSEJUHATUS

Enamuse Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeesutuste kodulehtedel kirjeldatakse organisatsioonide väärtustena patsiendikesksust, patsientide autonoomia ja enesemääramisõiguse austamist ning koostööd patsientide ja lähedastega. Samas ei ole harvad juhud, kus erinevates avalikes sotsiaalmeediakanalites või ajakirjanduses on kirjeldatud juhtumeid, kus patsientide arvates ei ole nende soovidega piisavalt arvestatud ning neid on hooldatud või ravitud vastu nende tahet. Selleks et arendada sisuliselt patsiendikeskset ravi ja hooldust, peame tegelema ka nende nähtustega haiglaravis ja hoolduses, milliste esinemist kõik parema meelega väldiksid.

Alustades 2014 aastal käesolevat magistritööd, nappis nähtuse tahtevastane hooldus (*forced care, involuntary care, coercion care*) kohta uurimusi. Mõned allikad nagu õiguskantsleri büroo kodulehekülg, Playle ja Keeley (1998), Järv (2004), Royal College of Nursing (2008), Klaassen jt (2010), Chang jt (2011), Tohvre (2012), Page ja McDonell (2013), Lillemaa ja Sults (2017) mainivad selle nähtuse eksisteerimist. Näiteks on põgusalt kirjeldatud, et igapäevaseid hooldustoiminguid, nagu riietamine või toitmine teostatakse mõnikord jõudu rakendades. Tõenäoliselt on igasugused jõuga teostatud hooldustoimingud inimesele tahtevastased. Tohvre (2012) leiab oma uurimistöös, et tahtevastase hooldusega kaasneb tihti ohjeldamismeetmete rakendamine ning selliselt teostatud hooldustoiminguid tuleb ette ka praktikas, ent kus on tegemist tahtevastase hooldustoiminguga ja kus ohjeldamisega, vajab täpsemat uurimist. Nenditakse, et kui ohjeldamise kohta on arvukalt erinevaid uurimusi, siis tahtevastase hoolduse kohta peale tema nimetamise rohkem teada ei ole.

Viimastel aastatel on avaldatud mitmeid uurimusi tahtevastase hoolduse kohta Euroopa riikides – Howarth jt (2014), Hamers jt (2016), Watts jt (2017), Moermans jt (2018). Kõigis nimetatud uurimustes leiti, et tahtevastast hooldust ja ravi esineb märkimisväärselt eakate, eriti häiritud kognitiivsete funktsioonidega patsientide hoolduses. Ka Eestis suureneb eakate ja kognitiivse funktsiooni häiretega patsientide arv ning see seab uued väljakutsed õendushoolduspersonalile. Järjest keerulisemaks muutub tasakaalu leidmine patsiendi elu ja tervise säilitamiseks vajalike tegevuste ning patsiendi autonoomia ja õiguste tagamise vahel. Seda eriti olukorras, kus tervishoius juhendmaterjale ja regulatsioone või ka lihtsalt hea praktika kokkuleppeid napib. Kuigi Tohvre juba 2012 aastal oma magistriöös on kirjutanud vajadusest riiklikul tasandil reguleerida ohjeldamise kasutamine, on käesolevaks ajaks teema jätkuvalt väljaspool psühhiaatriat reguleerimata. Otstarbekas oleks kogu patsientidele piirangute seadmise teemat vaadata laiemalt ning käesolev magistritöö on loodetavasti üks väike osa tervikpildist.



Nähtus tekitab probleeme nii patsientidele kui personalile. Käesoleva töö autor on oma senises praktikas õena ja teemat kolleegidega arutades tunnetanud nähtuse eksisteerimist ja selle kirjeldamise vajalikkust. Kirjandusest võime leida viiteid nähtuse olemasolu kohta ning avaldatud on esimesed uurimused nähtuse kohta. Antud nähtuse kirjeldamine aitab seda mõista ja tuua selgust sisusse ning ära tunda praktikas. Saadud teave aitab läbi diskussiooni kujundada ühist seisukohta, ja tegutsemisstrateegiat olukordades, kus hooldustoimingute teostamisega ei ole patsient nõus ja/või ei saa nende toimingute vajalikkusest aru. Samas olukorras võib aga tervishoiutöötaja olla vastutav nii juriidiliselt kui moraalselt selle eest, et hooldustoimingu mittetegemine on patsiendi elule või tervisele ohtlik. Seega võivad uurimistöö tulemused olla kasulikud õendushariduses ja praktikas või tervishoiuvaldkonnas laiemalt. Uurimistöö tulemusi saaks rakendada tervishoiuga kokkupuudet omavates valdkondades, nagu näiteks sotsiaalhoolekandes.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada tahtevastast hooldust Eesti haiglate iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades personali ja patsientide vaatekohast. Uurimistöö eesmärgi täitmiseks otsitakse vastuseid küsimustele:

1. Mida arvavad tahtevastasest hooldusest osakondade töötajad?
2. Millised on patsientide kogemused tahtevastase hooldusega?

## 2. TAHEVASTANE HOOLDUS STATIONAARSES ÕENDUSABIS

### 2.1. Tahevastane hooldus ja iseseisev statsionaarne õendusabi

Uuritavat nähtust on nimetatud erinevalt. Watts jt (2017) kasutab mõistet jõuga teostatud hooldus (*forced care*) ja Hamers jt (2016) nimetab nähtust mittevabatahtlikuks hoolduseks (*involuntary care*). Gjerberg jt (2013) on oma uurimuses kasutanud mõistet sundhooldus (*coercion care*), Moermans jt (2018) on nähtusest rääkides seda nimetanud mittekokkulepitud hoolduseks (*non-consensual care*). Lugesdes autorite poolt kirjeldatud olukordi, saame aru, et vahel on kasutatud mõistet ohjeldamine (*restraint*) ja näeme, et ohjeldamisega kaasnevad mõnikord tahevastased hooldustoiminguid (Koch jt 2006, Demir 2007, Chang jt 2011).

Rääkides tahevastasest hooldusest, seondub see inimese vaba tahte ja autonoomiaga. Oluline on, et sooritatud tegevused ei oleks teostatud inimesele vastu tema tahtmist ja seada aitab vältida igakülgne informatsiooni jagamine. Informatsiooni põhjal saab inimene vastu võtta otsuse, kas ta nõustub tegevusega või mitte. Sõnaseletus hooldusele tähendab inimlikkusel põhinevat ühe inimese hoolitsemist teise inimese eest ja seda peetakse tervishoius igasuguse professionaalsuse aluseks (Trapido ja Ootsing 2004). Käesolevas uurimistöös on **tahevastane hooldus** (*forced care*, *involuntary care*, *coercion care*) inimesele tema väljendatud tahte vastaselt tehtavad hooldustoimingud ja õendusabitoimingud, mille on tinginud vajadus tema elu ja tervist säilitada.

**Iseseisev statsionaarne õendusabi** on statsionaaris ööpäevaringselt osutatav teenus, mille ülesanne on pakkuda tervishoiuteenuseid ja hooldusteenust neile, kelle seisund ei võimalda toime tulla oma igapäevaeluga (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007). **Õendusabi** eesmärk on saavutada parim võimalik toimetulek eluga ja selle osutamisel on väärtustatud holistlik inimkäsitlus, milles lähenetakse inimesele kui tervikule ning juhindutakse tema vajadustest (Bensing 2000, Sturmberg 2005). Iga inimene on oma elamise individuaalsuses kordumatu ja me saame inimese elamistoimingutega hakkama saamist mõõta tema elukaarel sõltuvuse/sõltumatuse järjepidevusega. Elamistoimingutega hakkama saamist mõjutavad erinevad tegurid. Kõrgest east või raskest haigusest tingituna võib väheneda inimesel füüsiline suutlikkus, mis võib kaasa tuua sõltumatuse kaotuse ja tekib vajadus hoolduse järele. (Roper jt 1999.) Inimene, kaotanud oma sõltumatuse on nõrgemas positsioonis ja tema suhtes võib toimuda tahevastaseid hooldustoiminguid.

## 2.2. Eetilised aspektid ja õiguslikud alused

Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe on uuritava fenomeni raamides paternalismi tõekspidamistest lähtuv. Tervishoiutöötaja on võtnud õiguse otsustada patsiendi eest, mis on patsiendile parim ja selliselt käitumist õigustatakse heategemise printsiibiga või võimaliku ohuga patsiendi tervisele (Williams 2007, Upton jt 2011). Meditsiinieetikast välja kasvanud kaasaegne bioetika rõhutab tugevalt isiku autonoomia respektseerimise printsiipi, mis väärtustab isiku ise otsustamist. Meditsiinieetikas levinud arusaamad on pigem paternalistlikud ja sellega vastandub bioetika meditsiinieetikas respektseeritud paternalistlikule käitumisele. (Lõuk 2010, Soosaar 2016.)

Hoolivust ja sellel põhinevat hoolitsemist teise inimese eest peetakse õenduse tuumaks ja see on moraalne väärtus. Õdede ülesanne on pakkuda abi neile, kes on haiged, aga ka neile, kes veel ei ole haiged. Neile, kellel võivad eeldatavalt terviseprobleemid tekkida. (Fawcett 1984, Meleis 1997.) Fundamentaalne eetiline väärtus on inimese autonoomia respektseerimisel (Barrett 2002, Cook 2015). Võib aga olla, et mõnikord on õendushoolduse pakkumisel mindud vastuollu õenduse erialal kehtivate printsiipidega ning sooritatud tegevused on inimesele tema tahte vastased. Järgides inimese autonoomia ja hoolivuse põhimõtet, ei tohiks me mitte midagi inimesele tahtevastaselt teha. Kas tahtevastased tegevused mahuvad õendushoolduse raamidesse?

Sotsiaalteenuste osutamisel lähtutakse vabatahtlikkuse põhimõttest, kuid sotsiaalteenuseid vajavate inimeste põhiõiguste piiramine võib teatud juhtudel osutada vältimatuks. Vältimatud nõusolekuta hooldamise juhud on sätestatud õigusaktidega (Sotsiaalhoolekande seaduses 2015). Seadusandlus annab küll juhised, kuna saab inimest hooldusteenuse osutamiseks tema nõusolekuta hoolekandenasutusse paigutada, aga ikkagi puutub personal kokku keeruliste olukordadega. Alati pole täit selgust, kas sooritatud tegevused on hooldusteenuse osutamisel õiguspärased. Kohtupraktikas on leitud, et ainuüksi teisi häiriv käitumine või oma toitumise ja hügieeni eest hoolitsemise unarusse jätmine ei saa olla tahtevastaselt hoolekandenasutusse paigutamise põhjuseks. Riigikohus on otsustanud, et ainult inimese igapäevaelu sotsiaalsete oskuste puudumine ja tema elukorralduse ebapädevus ei saa olla tahtevastaselt sotsiaalhoolekandenasutusse hooldusteenusele paigutamise aluseks. (Lillemaa ja Sults 2017.)

Tervishoiutöötaja ei saa lähtuda ainult headest kavatsustest hooldusteenuse osutamisel ja kui töötaja on oma tegevusega põhjutanud hooldatava tervisele raskeid tagajärgi, siis võib see endaga kaasa tuua juriidilise vastutuse (Hirsnik ja Allikmets 2017). Õendushooldusteenuse osutamiseks on vajalik patsiendi teadev nõusolek ja ta peab oma nõusolekut väljendama (Võlaõigusseadus

2001, Klaassen jt 2010). Nõusoleku andmisel peab inimene aru saama nõusoleku olemusest ja sellega kaasnevatest tagajärgedest. See on võimalik juhul, kui inimest on igakülselt informeeritud. (Eesti Patsientide Esindusühing.)

### **2.3. Uurimused tahtevastase hoolduse kohta**

Watts jt (2017) leiab, et sunniviisilise hoolduse rakendamise juhtumid on alati keerulised ja individuaalsed. Uuringuid sunniviisilise hoolduse kohta on vähe ja sunniviisiline hooldus mõistena on võimas, mis tekitab töötajates ebamugavustunnet, sest tervishoiutöötajana me ei saa inimesele kahju tekitada. Vajadus teemat käsitleda on välja toonud ka teised autorid, nagu näiteks Hamers jt (2016), Moermans jt (2018).

Füüsiliselt ja vaimselt tervele inimesele on raske vastu tema tahtmist hooldustoiminguid sooritada. Samas on paternalistlik mõtteviis tervishoius laialt levinud (McCullough 2010, Carter jt 2015). Tervishoiutöötajal võib olla oma autoriteedile toetudes suur mõjuvõim inimese üle ja seda mõjuvõimu kasutatakse erinevalt (Kubsch 1996, Hellebrand 2017). Kirjeldatakse patsiendi mittenõustumist tervishoiutöötaja plaaniga ja seda peetakse tervishoiutöötaja arvates ebamõistlikuks. Eeldatakse patsiendi nõusolekut ja oodatakse teda tegema koostööd. Patsiendi mittenõustumine koostööga on mõnikord irratsionaalne ja selle tagajärjeks võivad olla negatiivsed muutused patsiendi tervises seisundis. Võimalik patsiendi tervises seisundi halvenemine tekitab tervishoiutöötajas sisemist konflikti. Toetudes arusaamale patsiendi irratsionaalsest käitumisest, võib see esile kutsuda tahtevastaselt pakutud õendushooldustoiminguid. (Morgan 1994, Playle ja Keeley 1998, Bunchman ja Mott 2000, Järv 2004, Chang jt 2011.)

Chang jt (2011) kirjeldasid, et haiglaravil viibivate vanemate patsientide hooldusvajadused on laialdased. Uurimuse tulemustest selgus, et lisaks füüsilise heaolu tagamisele on tähtis osa emotsionaalsel toetusel ja personali ning patsiendi piisaval omavahelisel suhtlusel, et tagada vastastikune mõistmine. Patsiendid soovisid, et arvestataks nende eripäradega. Alati ei olnud see parimal viisil õnnestunud ja praktikas tuli ette keerulisi olukordi. Patsiendid leidsid, et õdedel oli alati kiire ja nad oleksid võinud üles näidata rohkem hoolivust. Patsient kirjeldas olukorda, kus õed ei tohiks patsiente füüsiliselt ohjeldada, eesmärgiga sundida endaga koostööd tegema. Teine patsient väitis, et temaga oleks võinud rääkida ja ta oleks teinud õega koostööd, siis ei oleks need tegemised olnud tahtevastased. Choi ja Song (2003) toovad samuti välja ohjeldamismeetmete kasutamise ja tahtevastaselt sooritatud hooldustoimingute vahelise seose. Haige toitmiseks vajaliku nasogastraalsondi olemasolu tagamine oli ohjeldamismeetme rakendamise põhjus, kuigi

patsient ise sondiga toitmist ei soovinud. Haige fikseeriti, et sondi saaks paigaldada ja ta ise seda ei eemaldaks.

Eakad patsiendid, kel on raskusi isikliku hügieeni tagamisega on hooldajatele tööülesannete täitmisel praktiline ja eetiline väljakutse. Hooldusasutuses tuleb tagada patsiendi hügieen ja samas tuleb arvestada iga patsiendi individuaalsete eripäradega. Arusaam isiklikust puhtusest ei pruugi patsiendil ja personalil olla ühesugune. Näiteks personali otsus patsienti kinni hoida, et harjata vastu tema tahtmist hambaid on personalile endale samuti emotsionaalselt keeruline. Hooldusasutuses on personal kohustatud tagama patsiendi puhtuse, kuid patsiendile võib see olla soovimatu. Hooldustöötajad on tihti raskes olukorras, kus ei saa patsienti sundida, kuid seda mitte tehes saadakse kriitikat hooletus tööülesannete täitmisel. Uuringus toodi välja, et töötajate väljaõppe on ebapiisav langetamaks otsuseid ja vältimaks sunniviisiliselt teostatud hooldustoiminguid. Kitsaskohana nimetati töötajaid, kes ei tunnista, et probleem eksisteerib ja tahtevastast hooldustoiminguid rakendatakse. Seda delikaatset teemat pigem välditakse ja sellest ei taheta rääkida. (Watts jt 2017.)

Hamers jt (2016) ja Moermans jt (2018) oma uurimustes kirjeldavad, et tulenevalt demograafilistest arengutest lääneriikides on tahtevastane hooldus tõusuteel, kuigi tervishoiu üks printsiipidest on inimväärikuse ja isiku autonoomia austamine. Kognitiivsete häiretega ja dementsussündroomiga eakad võivad kogeda tahtevastast hooldust. Tahtevastase hoolduse põhjustena leiti hooldaja suurt töökoormust, patsiendi hügieeni tagamise vajadust, patsiendi soovimatus võtta ravimeid ja perekonda, kelle soovid ei ühti patsiendi omaga. Moermans jt (2018) leidsid, et kuna tahtevastane hooldus ja ravi mõjutavad patsiendi elukvaliteeti halvemuse poole, siis selle esinemise ennetamiseks ja vähendamiseks on vaja välja töötada vastavad meetmed.

Eesti keelsetes kirjandusallikates kirjeldatakse tahtevastast hooldust põgusalt. Vahel võib eksisteerivat nähtust tahtevastane hooldus taustal aimata, kuid tihti jääb olukord ebaselgeks. Eesti kontekstis räägib selle nähtuse eksisteerimisest kõige selgemalt juriidiline kirjandus (Hirsnik ja Allikmets 2017, Lillemaa ja Sults 2017, Sults 2017). Sults (2017) kirjeldab, et õiguskantsler oma kontrollkäikudel hoolekande- ja tervishoiuasutustes on tuvastanud privaatsuse riivamise hooldustoimingute sooritamise seadusest. Paljudel juhtudel ei arvestata abi vajavate inimeste privaatsusega. Näitena on toodud kliendi intiimsete protseduuride teostamine temaga samas toas viibivate inimeste juuresolekul. Ilmselgelt ümbritsevast keskkonnast aru saav inimene ei talu sellist olukorda. Samas on tegemist toiminguga millest ei saa füsioloogilistel põhjustel keelduda.

Veel räägitakse antud nähtusest psühhiaatria valdkonnaga seondult. Näiteks söömishäire *anorexia nervosa* on keeruline ja krooniline terviseprobleem, mille puhul mõnedel juhtudel rakendatakse tahte vastaselt toitmist. On patsiente, kes vaatamata kõikidele pingutustele keelduvad söömast ja sellistel juhtudel võtab personal selle teo eest vastutuse. (Järv 2004.) Klaassen jt (2010) toovad selgelt välja mõiste „tahtevastane ravi ja hooldus“, kuid seda tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise abi kohaldamise kontekstis. Mõni allikas (Eesti Patsientide Esindusühing) räägib tahtest olenematust hooldusest erihoolde teenustega seondult. Erihooldeteenus on isiku ööpäevaringne hooldamine, kuhu paigutatakse kohtumääruse alusel. See võib olla isikule tahtevastane, aga mitte ilmtingimata. Kirjandusallikad ei kirjelda piisavalt lahti selle nähtuse olemust ning ka seadusandlikud aktid ei defineeri nähtust.

Laste puhul on tahtevastase hoolduse piirid ebaselged, sest nõusoleku protseduuri teostamiseks annavad lapse eest tema vanemad. Samas võib laps avaldada oma soovi ise ja selgelt öelda ning märku anda, kas ta nõustub antud tegevustega või ei. Kirjeldatakse, et lapsega alati räägitakse protseduuri teostamisest ja küsitakse selleks talt ka luba. Protseduuri kiireks ja efektiivseks teostamiseks vajadusel laps immobiliseeritakse, selleks kasutatakse terapeutilist hoidmist. Terapeutiline hoidmine võib tähendada lapse kerget toetamist või ka tugevamat hoidmist, kui last on vaja sundimise teel aidata, et ta püsiks paigal. (Page ja McDonnell 2013.)

### **3. METOODIKA**

#### **3.1. Metodoloogilised lähtekohad**

Käesolevas töös on uuritav nähtus tahtevastane hooldus. Uurimistöö on empiiriline, kvalitatiivne, kirjeldav uurimus. Uurimistöö teadusfilosoofiline taust on fenomenoloogia ja lähenemisviis induktiivne. Fenomenoloogia pöörab tähelepanu fenomenile ja huviobjektiks on inimese kogemused ning läbi nende kogemuste saamegi kirjeldada uurimise all olevat nähtust (Salmon 2012). Igasugune teadmine põhineb inimtunnetusel ja inimese subjektiivsetel kogemustel (Connelly 2010, Finaly 2011). Fenomenoloogia (Burns ja Crove 2001, Tuohy jt 2013) on filosoofiline lähenemisviis ja võib samas olla kirjeldav uurimismeetod. Fenomenoloogia uurimismeetodid on kvalitatiivsed ja nende abil saab kirjeldada reaalsuses eksisteerivaid haruldasi ja vähetuntud nähtusi. Kvalitatiivsed uurimismeetodid sobivad tundlike nähtuste uurimiseks (Elo ja Kyngäs 2008).

Morse ja Field (1996) soovivad kasutada induktiivset lähenemisviisi vähetuntud nähtuste uurimisel. Meetod on sobiv oludes, kus puudub varasem teave ja lähtekohaks on üksikud informatsiooni killud uuritava nähtuse kohta. Eesmärk on nähtuse kirjeldamine ja üldpõhimõtete leidmine.

#### **3.2. Uuritavad**

Käesolevas uurimistöös olid uuritavateks õed, hooldustöötajad ja patsiendid, kes olid andmete kogumise perioodil tööl või viibisid õendushooldusel haiglate iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades. Uuritavad värvati Eesti piirkondlikute haiglate, keskhaiglate ja kohaliku haigla iseseisva statsionaarse õendusabi osakondadest. Iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnad valiti välja uurimistöö läbiviimise kohana, kuna nimetatud osakondades on teostatavate õendushooldustoimingute osakaal suurem võrreldes hooldekodudega. Uurimistöös osalemisega nõustus 20 inimest. Kvalitatiivses uurimuses sõltub selles osalejate täpne arv andmebaasi küllastatusest ja uuritavate hulk on piisav, kui uut teavet enam ei lisandu (Morse ja Field 1996, Boyce ja Neale 2006). Käesolevas uurimistöös saabus andmebaasi küllastatus peale 17-t intervjuud ja uut teavet enam ei lisandunud. Viidi veel läbi 3 intervjuud, mis kinnitas andmebaasi küllastatust ja seejärel intervjuud lõpetati.

Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne. Osalema paluti vaid neid, kes omasid arvamust või kogemust ja seda avaldada soovisid. Oluline oli uuritavate valik nende kogemuste põhjal, mitte haigla liigi põhjal. Uurimistööd planeerides arvestati siiski, et oleks haaratud Eesti erinevad piirkonnad. Taotlusele uurimistöös osaleda vastas 4 haiglat. Uurimistöö viidi läbi SA Tartu Ülikooli Kliinikumis, SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, AS Lääne-Tallinna Keskhaiglas, SA Jõgeva Haiglas. Osad keeldunud haiglad uurimistöös mitteosalemisest ei põhjendanud ja kahel juhul toodi põhjendusena, et nende haiglas tahtevastast hooldust ei esine.

Uuritavate leidmisel suhtles uurija osakonna vanemõega. Kirjeldati uurimistöö olemust ja paluti õdedele ja hooldustöötajatele laiali jagada kutsed uurimistöös osalemiseks (lisa 1). Kokkuleppel vanemõega jagas uurija ka ise kutseid osalemiseks uurimistöös osakondade õdedele ja hooldajatele. Patsientide kaasamisel paluti abi personalilt ja nende valikul oli üheks kriteeriumiks võime intervjuus osaleda. Võime intervjuus osaleda tähendas, et patsient kuuleb ja saab aru küsimusest ning on võimeline vastama. Täpset piiri asjadest aru saamise kohta oli raske määrata. Iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades on hooldusel erinevate probleemidega patsiendid, kellede intellektuaalne võimekus on erinev. Näiteks dementsussündroomiga patsiendid, keda iseloomustab peamiselt intellektuaalsete võimete taandareng, mille sügavus võib olla erinevalt väljendunud. Samas ei välista dementsussündroomi olemasolu automaatselt arusaamist maailma asjadest ja inimese vaba tahte väljendamist. Kui sellise sündroomiga patsient sai aru küsimusest, suutis ennast väljendada ja omas arvamust uuritava nähtuse kohta ning soovis osaleda uurimistöös, siis ei olnud põhjust tema väljaarvamiseks.

### **3.3. Andmete kogumine**

Andmete kogumine viidi läbi ajavahemikus oktoober 2018 kuni jaanuar 2019. Uurimuses osalevatelt õdedelt ja hooldustöötajatelt planeeriti andmed koguda peamiselt essee abil, mis on vabas vormis mõtteavaldus etteantud teemal ja võimaldab saada ausat teavet huviobjektiks olevast nähtusest. Essee teema oli minu arusaam tahtevastasest hooldusest. Valmis kirjutatud essee paluti saata anonüümselt uurija isiklikule e-posti või postiaadressile. Ühtegi esseed uurijale ei laekunud.

Õdedele ja hooldustöötajatele oli jäetud teise võimalusena, soovi korral osaleda intervjuul. Käesoleva uurimistöö andmed koguti struktureerimata intervjuude abil. Intervjuu on uuritava suuline küsitlemine uurija poolt, mis võimaldab saada informatsiooni uuritavate kogemustest, arusaamadest ja mõtetest (Hirsjärvi jt 2005, Boyce ja Neale 2006, Turner 2010). Kvalitatiivsetes uurimustes on intervjuu meetod laialdaselt levinud ja hinnatud. Intervjuu andmete kogumise



meetodina on ulatuslikult kasutusel ka tervishoiuvaldkonnas. (DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010.) Intervjuu tüüpidest valiti struktureerimata intervjuu, kuna see sobib vähetuntud nähtuste uurimiseks. Struktureerimata intervjuu abil saame välja selgitada uuritavate kogemusi, hoiakuid ja vaatekohti. Uuritaval paluti arutleda etteantud teemal ning avatult ja ausalt rääkida uuringuobjektiks olevast nähtusest. Struktureerimata intervjuu ajal toimub ka alati mitteverbaalne suhtlemine uurija ja uuritava vahel, mis lisab sõnaliselt saadud informatsioonile veelgi sügavust. Uurija ülesanne on olla aktiivne kuulaja ja intervjuu sisu sõltub täielikult uuritavast. (Hirsjärvi jt 2005, DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010.) Turner (2010) peab oluliseks, et intervjuuerides uuritavat, ei tohi uurija lootma jääda oma mälule ja intervjuu tuleb jäädvustada taasesitamist võimaldavalt. Intervjuud planeerides tuleb mõelda koheselt kohale, kus seda saab läbi viia, et ei oleks tähelepanu hajutavaid faktoreid. Uurija küsimused intervjuueeritavale peaksid olema sõnastatud avatud küsimustena, sest nii on lootus saada uurimise all olevast objektist sügavam ülevaade.

Intervjuudega andmete kogumise õnnestumisel oli oluline osa ettevalmistuse etapil ja see hõlmas endas intervjuueerimiseks sobiva koha leidmist, intervjuueerimiseks vajalike vahendite kontrollimist ning intervjuueeritavaga kontakti loomist. Uurimiskeskonda sisenedes uurija esitles ennast ja tegi ettepaneku osalemiseks uurimistöös. Kui uuritav sellega nõustus, siis siseneti selleks eelnevalt välja valitud ruumi ja sellega välditi intervjuu häirimist. Tavaliselt oli selleks tühi palat või puhkeruum, mille ukse sai sulgeda. Uuritavale selgitati võimalust loobuda intervjuu andmisest ja intervjuus osalemise vabatahtlikust. Selgitati, et intervjuudega kogutud andmed on uurimistöö tulemustes anonüümsed.

Uurija tutvustas uuritavatele uurimistöö kulgu, teemat, eesmärgi, sisu ja kõike sellega seonduvat. Uurija selgitas, et intervjuust võib loobuda ka juba käimasoleva intervjuu käigus ja loa oma osalemisest uurimistöös saab tagasi võtta kuni intervjuu lõpuni ning see ei too kaasa mitte mingeid kitsendusi. Kirjeldati uuritavale võimalikke riske, nagu näiteks emotsionaalne koormus. Kui uuritaval oli küsimusi, siis uurija vastas neile ja seejärel täideti uuritavaga kahes eksemplaris informeeritud nõusoleku vorm, millest üks eksemplar jäi uurijale ja teine uuritavale (lisa 2, lisa 3). Peale seda anti märku intervjuu algusest ja öeldi, et intervjuu salvestatakse diktofoniga. Diktofon lülitati sisse ning paluti anda intervjuu teemal tahtevastane hooldus ja rääkida avameelselt oma arvamistest ja kogemustest. Intervjuu algas uuritavatel patsientidel sõnadega, et palun kirjeldage oma kogemusi seoses olukorraga/olukordadega, mil personali poolt teostati mõni hooldustoiming või protseduur, mida te ei soovinud või vajalikuks ei pidanud. Uuritaval personalil algas intervjuu sõnadega, et palun kirjeldage oma kogemusi seoses olukorraga/olukordadega, mil personali poolt

teostati mõni hooldustoiming või protseduur, mida patsient ei soovinud või vajalikuks ei pidanud. Intervjueerimisel püüdis uurija saada uuritavat rääkima ausalt ja avameelselt oma arvamistest ja kogemustest. Intervjuu pikkus ja sisu sõltus uuritavast. Uurija kuulas uuritavat tähelepanelikult ja esitas vajadusel täpsustavaid küsimusi. Läbi viidud intervjuude pikkus oli erinev, 11-st minutist kuni 92-e minutini. Intervjuud nummerdati intervjueerimise järjekorras 1, 2, 3 jne. ja sellest teavitati ka uuritavaid.

### **3.4. Andmete analüüs**

Analüüsitavaks üksuseks oli intervjuu tekst. Andmete analüüs algas esimesel võimalusel peale esimese intervjuu transkribeerimist ja edasi jätkus samaaegselt andmete kogumisega. Kogutud andmed analüüsiti induktiivselt kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil. Nimetatud meetod valiti, sest nii sai uurimise all oleva nähtuse kohta uusi teadmisi hankida kõige tulemuslikumalt.

Elo ja Kyngäs (2008) on kirjeldanud kvalitatiivse uurimuse induktiivset sisuanalüüsi protsessi ja on soovitanud andmete analüüsimisel kasutada induktiivset lähenemisviisi, kui uuritava nähtuse kohta puudub varasem teave või olemasolev teave on killustunud. Andmete analüüs toimub sellisel juhul kitsamalt üldisemale. Induktiivne sisuanalüüsi meetod on leidnud laialdaselt kasutamist õenduslastes uurimustes (Graneheim ja Lundman 2004, Elo ja Kyngäs 2008).

Andmete analüüsimisel toetuti Elo ja Kyngäs`e (2008) poolt kirjeldatud andmeanalüüsi protsessile ja viidi läbi järgnevaid etappe läbides:

- 1) Intervjuudega kogutud andmed kirjutati esimesel võimalusel sõna-sõnalt ümber. Transkribeeritud andmed salvestati arvutis ja prinditi paberkandjale. Moodustus andmebaas.
- 2) Intervjuud loeti korduvalt läbi ja valiti välja tähendust omavad ühikud/mõttetervikud, mis eristati muust tekstist värviliselt. Mõttetervikud on sõnad, laused ja väljendid, mis puudutasid uurimise all olevat huviobjekti. Mõttetervikute valikul lähtuti uurimistöö eesmärgist.
- 3) Uurija moodustas sarnast mõtet kandvatest mõttetervikutest rühmad, mis lihtsustati ja need rühmad kodeeriti substantiivse koodiga. Substantiivne kood on ühine nimetaja lihtsustatud väljendile, mille järgi me tunneme seda gruppi.
- 4) Edasi moodustati sisust lähtuvalt sarnastest substantiivsetest koodidest alakategooriad ja alakategooriale anti seda kirjeldav nimetus.

- 5) Alakategoriate moodustamise järgselt moodustati neid haarav ülakategooria ja anti neile sisu kirjeldav nimetus.

Kvalitatiivne sisuanalüüs nõuab uurijalt pideva fookuse hoidmist uurimistöö eesmärgil ja ainult nii leitakse uuritavat nähtust kirjeldavad tunnused (Graneheim ja Lundman 2004). Andmete analüüsimisel toimus liikumine moodustatud kategooriate vahel edasi-tagasi ja korduvalt pöörduti tagasi intervjuu teksti juurde, et leida kõik mõttetervikud. Analüüsi sügavuse tagamiseks olid uurimistöö juhendajad kaasatud analüüsi kulgu. Uurimistöö tulemuste peatükis on esitatud näidetena intervjuukatked algandmetest ja analüüsiprotsess on jälgitav. Esitletud näidetest on eemaldatud nimed, mis on tähistatud x. Intervjuu teemast kõrvale kaldunud tekst on tähistatud märgiga /.../ ja mõttepausid on tähistatud (...). Kategooriate moodustumise protsess on välja toodud tabelis 1.

**Tabel 1. Kategooriate moodustumise protsess**

Tähendust omav ühik	Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
„Ikka eksisteerib, jah eksisteerib küll tahtevastane hooldus meditsiinis“ „Ma täiest arvan ja olen nõus, et selline nähtus eksisteerib“	Tahtevastane hooldus eksisteerib	Nähtuse olemasolu tunnistamine	Tahtevastase hoolduse esinemine praktikas
„Tahtevastast hooldust ikka juhtub haiglas“ „...Personal teeb selle temaga tahtevastaselt ära ja seda tuleb haiglas vahel ette“	Tahtevastast hooldust haiglas juhtub		
„Tihti on, et tahtevastaselt üldse hooldada, pead sa teda ohjeldama ja füüsiliselt kinni hoidma“ „Tulebki kinni hoida, et protseduurid ära saaks tehtud“	Et hooldada, pead ohjeldama ja füüsiliselt kinni hoidma	Jõu kasutamine personali poolt	
„Füüsilist allutamist tehakse ainult selle protseduuri ajaks“	Füüsiline allutamine protseduuri ajaks		

### 3.5. Uurimistöö usaldusväarsus

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti luba Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika komiteelt (lisa 4). Uuritavatega allkirjastati kahes eksemplaris informeeritud nõusoleku vorm, millele eelnes põhjalik uurimistööga seonduvate aspektide selgitamine.

Fenomenoloogilise taustaga uurimistöö usaldusväarsus on alati uurijast mõjutatud, sest uurimistöö on seotud uurija isikuomaduste ja subjektiivsete kogemustega (Laherand 2008). Turner (2010) on öelnud, et kvalitatiivse uurimistöö usaldusväarsust aitab tagada sobivate uuritavate leidmine. Elo ja Kyngäs (2008) lisavad, et kvalitatiivne sisuanalüüs ja kogutud andmete sügavus sõltub uurija

võimekusest. Kogutud andmete hulka peetakse piisavaks, kui andmebaas on küllastunud. Graneheim ja Lundman (2004) kirjeldavad kvalitatiivse sisuanalüüsi protsessi ja leiavad, et ei ole õiget ja valet viisi kuidas mõttetervikuid andmebaasis rühmitada, kodeerida ja jagada neid edasi kategooriatesse. Kui sama uurimistööd viivad korraga läbi kaks erinevat uurijat, siis on täpselt sama tulemust raske saavutada. Nenditakse, et kvalitatiivse sisuanalüüsi puhul eksisteeribki mitu reaalsust, mis sõltub subjektiivsest tõlgendamisest. Siiski me saame maandada subjektiivsuse riski kaasates andmete analüüsi teisi eksperte.

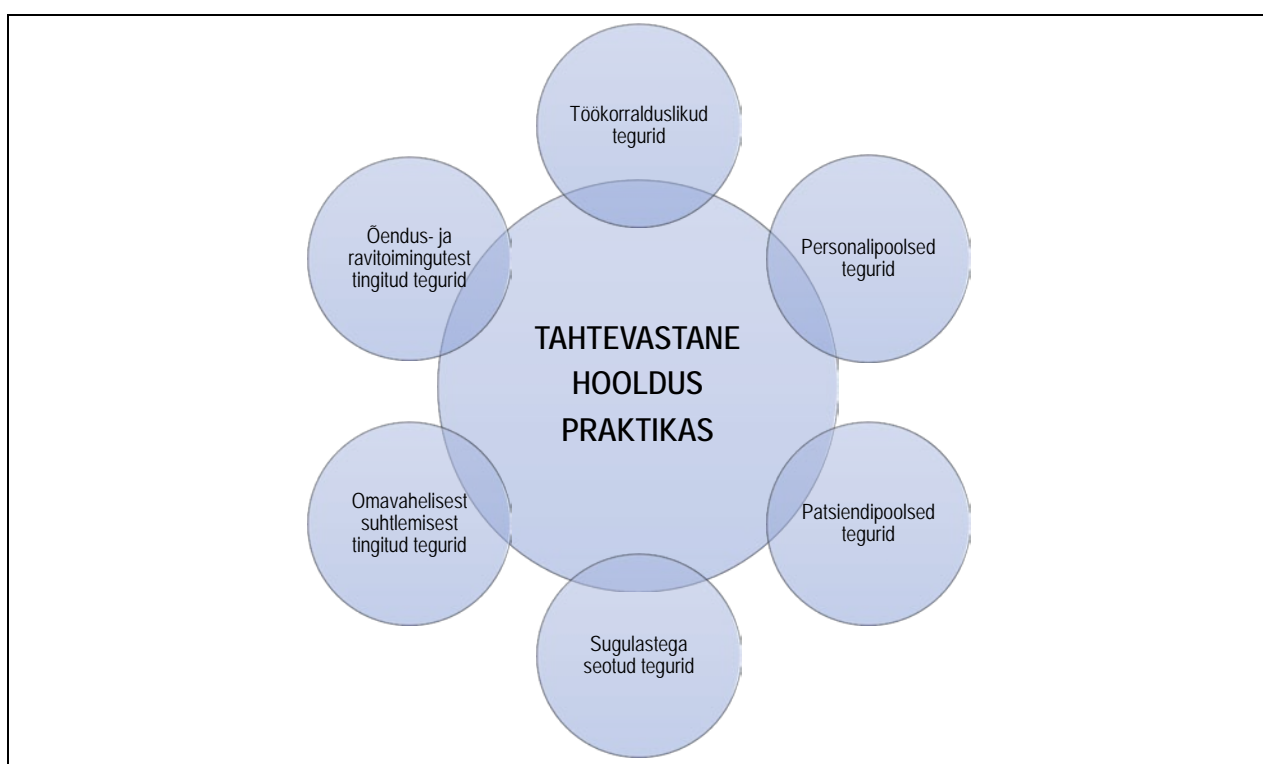
Käesoleva töö autor on tunnetanud nähtuse eksisteerimist ja uurimistöö sissejuhatuses kirjeldatakse, kust tekkis uurijal huvi uurimisobjekti vastu. Uurimistöö usaldusväärsuse tagamise abinõuna on kirjeldatud uuritavate värbamise kriteeriume ja andmete kogumise protsessi. Uuritavate valik tehti lähtuvalt uuritavast nähtusest ja töö eesmärgist. Sobiv uuritav vastas kriteeriumitele: uuritaval on teadmised ja kogemused ning arvamus uuritavast nähtusest; uuritav oli võimeline informatsiooni jagama; uuritav oli vabatahtlikult nõus uurimistöös osalema. Uurimistöö andmed koguti intervjuudega ja andmebaasi küllastatus saabus peale 17-t intervjuud, mille järgselt uut teavet enam ei lisandunud. Lisaks viidi veel läbi 3 intervjuud, mis kinnitas andmebaasi küllastatust. Uurija nägi ohuna intervjuueeritava mitteverbaalset mõjutamist ja uurija ootusi intervjuu tulemustele. Nendest vältimiseks planeeriti intervjuude läbiviimist põhjalikult ja suheldi uuritavaga võimalikult erapooletult. Võis olla, et intervjuueeritav ei olnud lõpuni aus ja avatud. Intervjuu sisu oli intervjuueeritava otsustada ja ta ei pidanud rääkima sellest, mida ta ei soovinud. Intervjuu viidi läbi privaatsust võimaldavas keskkonnas, et vältida võimalust kõrvalistel isikutel vestlust pealt kuulata ja sellega püüti tagada uuritava avatus. Ühe andmete kogumise meetodina oli planeeritud essee. Ühtegi esseed uurijale ei laekunud. Uurija arvates see ei mõjutanud uurimistöö tulemuste väärtust, sest need, kes soovisid uurimistöös osaleda said anda intervjuu.

Andmete analüüsitulemuste usaldusväärsuse tagamiseks ja jälgitavuseks on analüüsiprotsessi detailselt kirjeldatud. Uurimistöö tulemused andsid teavet ainult uurimistöös osalejate kohta ja seega uurimistöö tulemused sõltusid uuritavate valikust. Uuritavate valikul kitsaskohana võib nimetada, et patsientide seast sobivate uuritavate leidmisel paluti personali abi. Võis olla, et personal aidates leida uuritavaid, valis enda seisukohalt sobivaimad ja vältisid teadlikult tahtevastast hooldust kogenud patsiente.

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Tahtevastane hooldus praktikas

Personal ja patsiendid kirjeldasid nähtuse tahtevastane hooldus esinemist õendussakondade tööpraktikas. Personali ja patsientide arvamustest selgus, et tegemist on keerulise ja mitmedimensioonilise nähtusega, mis hõlmab endas erinevaid tegureid. Need tegurid on: töökorralduslikud tegurid, personalipoolsed tegurid, patsiendipoolsed tegurid, sugulastega seotud tegurid, omavahelisest suhtlemisest tingitud tegurid, õendus- ja ravitoimingutest tingitud tegurid. Tahtevastase hooldusega seonduvaid erinevaid tegureid näitab joonis 1.



*Joonis 1. Tahtevastane hooldus praktikas*

### 4.2. Personali vaatekohad

#### 4.2.1. Tahtevastase hoolduse esinemine praktikas

Ülakategooria *tahtevastase hoolduse esinemine praktikas* moodustus kahest alakategooriast: 1) nähtuse olemasolu tunnistamine, 2) jõu kasutamine personali poolt (tabel 2).

**Tabel 2. Tahtevastase hoolduse esinemine praktikas, seda iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Tahtevastane hooldus eksisteerib Tahtevastast hooldust haiglas juhtub	Nähtuse olemasolu tunnistamine	Tahtevastase hoolduse esinemine praktikas
Et hooldada, pead ohjeldama ja füüsiliselt kinni hoidma	Jõu kasutamine personali poolt	
Füüsiline allutamine protseduuri ajaks		

Alakategoorias *nähtuse olemasolu tunnistamine* kirjeldasid uuritavad, et tahtevastast hooldust tuleb haiglas ette ehk selline nähtus praktikas tõesti eksisteerib.

„Ikka eksisteerib, jah eksisteerib küll tahtevastane hooldus meditsiinis.“ (PE5)

„Ma täiesti arvan ja olen nõus, et selline nähtus eksisteerib.“ (PE14)

„Tahtevastast hooldust ikka juhtub haiglas.“ (PE16)

Alakategoorias *jõu kasutamine personali poolt* kirjeldati personali poolt ohjeldamismeetmete ja füüsilise kinnihoidmisega hooldustoimingute või protseduuride tegemist.

„Tihti on, et tahtevastaselt üldse hooldada, pead sa teda ohjeldama ja füüsiliselt kinni hoidma.“ (PE5)

„Tulebki kinni hoida, et protseduurid ära saaks tehtud.“ (PE18)

„Füüsilist allutamist tehakse ainult selle protseduuri ajaks.“ (PE3)

#### 4.2.2. Patsientide ja nende lähedastega seotud asjaolud

Ülakategooria *patsientide ja nende lähedastega seotud asjaolud* moodustus neljast alakategooriast: 1) patsiendi selgelt väljendatud vastuseis, 2) lähedaste soovid ja nõudmised, 3) hooldusel viibimine vastu patsiendi soovi, 4) patsiendi tahe ei ole teada (tabel 3).

**Tabel 3. Patsientide ja nende lähedastega seotud asjaolud, neid iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Käibki vastu tahtmist ja karjumisega Ta hakkab kohe võitlema, kui öelda ei saa Lööb jalaga ja käega ning väljendab ennast selliselt ja ta ei taha, et temaga tegeletakse	Patsiendi selgelt väljendatud vastuseis	Patsientide ja nende lähedastega seotud asjaolud

(järgneb)

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Tehakse tegevused, mis vaja ja võetakse lähedaste nõusolek	Lähedaste soovid ja nõudmised	
Sugulased tahavad rohkem kui patsient ise		
Kui arvestame patsiendi soove ja ei tee tahtevastaseid toiminguid, saavad lähedased kurjaks		
Kui lapsed tulevad vaatama, saan söimata kui sugulane hooldamata		
Inimene nutab, tahab koju ja ei saa lähedaste otsusest aru	Hooldusel viibimine vastu patsiendi soovi	
Omakesed ei saa kodus hooldada ja pannakse hooldusele vastu tahet		
Patsient ei saa aru, miks on toodud hooldusele ja on kuri tütre peale		
Ta ei saa aru, et me teeme seda ta ohutuse pärast ja on seetõttu vastu	Patsiendi tahe ei ole teada	
Me tegelikult ei tea, mida need ajuinfarktiga patsiendid mõtleavad		
Teadvus kõigub, ta ütleb oma soovi, aga me ei tea, kas see on adekvaatne		

Alakategoorias *patsiendi selgelt väljendatud vastuseis* kirjeldati olukordi, mil patsient väljendas oma vastumeelsust karjumisega, mis andis küll mõista, et tegevus on tema tahte vastu, kuid personal tegi, mis nende arvates vajalik oli. Vastuseisu väljendas uuritavate sõnul ka patsiendi füüsiline reaktsioon, mis võis avalduda erinevalt, kas grimassina või ennast kaitsvate või ründavate liigutustena. Uuritavad arvasid, et patsiendi selget vastuseisu peaks väljendama tema selgesõnaline mitte-nõusolek.

*„Inimene võib karjuda kõva häälega, röökida ja samas me teame, et ta peab puhas olema ja me teeme mis, vaja...” (PE4)*

*„Tahet võib väljendada ka füüsiline reaktsioon, kas ta on rahulik või ta hakkab grimassitama või rabelema.” (PE3)*

*„Meil on iga hommik mähkme ring ja ta lööb põetajaid jalaga ja proovib käega lüüa, ta hakkab karjuma. Ilmselt ta väljendab sellega, et ta ei taha, et temaga midagi tehakse.” (PE4)*

Alakategoorias *lähedaste soovid ja nõudmised* kirjeldati olukordi, kus patsient ise soovib valu leevendamist ja surma, kuid lähedased ei ole nõus. Veel kirjeldati olukordi, kus personal tegi vajalikud tegevused ja selleks võeti nõusolek hoopis lähedastelt. Toodi välja, et sugulased tahavad vahel rohkem kui patsient ise või nõutakse personalilt vastu patsiendi tahet tegevuste sooritamist. Töötajate sõnutsi oli juhtumeid, kus lähedased kurjustasid personaliga, kui viimane arvestas patsiendi soove ja ei teinud tahtevastaseid toiminguid või tulid sugulased ja andsid täpsed juhised

omakese hooldamiseks ilma, et tema tahet arvestataks. Kirjeldati olukordi, kus enne lähedaste külaskäiku tuli patsient igal juhul ära hooldada, et vältida sugulaste pahameelt ja kriitikat.

*„...Adekvaatne patsient ise ütleb, et tahab surra ja ta väga ei söö ja meie saame küll tilgutiga aidata. Tema ei soovi ja võtab ise kaniüülid ära /.../ meie nõustuks patsiendi otsusega ja leevendaks ainult valu /.../ lähedased ei lepi sellega ja ähvardavad igasuguste asjadega.“ (PE4)*

*„Lähedased ütlevad, et ei ole loogiline, et tema seda ei taha ja nõuavad meilt oma papale või mammale selle vastu tahtmist tegemist...“ (PE5)*

*„Kui me arvestame patsiendi sooviga ja tahtevastaselt talle midagi ei tee, siis tulevad lähedased ja kes siis saavad meie peale kurjaks, et miks me ei ole seda või seda teinud ja siis hakkavad nad seda nõudma. Siis oleme ikka kohustatud seda tegema, mis iganes.“ (PE3)*

*„Ma tean et ta lapsed tulevad teda vaatama ja kui ma teda puhtaks ei tee, siis saan ma ise sõimata.“ (PE5)*

Alakategoorias *hooldusel viibimine vastu patsiendi soovi* kirjeldati olukordi kus patsient ei soovi haiglas viibida. Ta ei saa lähedaste otsusest aru või omakesed ei saa teda kodus hooldada ning isik pannakse hooldusele vastu tema tahet.

*„Tuuakse siia /.../ inimene nutab, et tahab koju ja sugulased on ta siis tahtevastaselt pannud hooldekodusse või õendusabisse.“ (PE10)*

*„Omakesed ei saa hooldada kodus, nad peavad tööl käima ja siis pannaksegi siia /.../ ma ise mõtlen selle peale, et tuuakse nagu siia ja see on ka ju tahtevastane, aga nii ta on.“ (PE9)*

*„Selline tore mammi ja tema ütles, et tema ei saa aru miks ta siia toodi /.../ tõesti ta on adekvaatne ja tubli. Tütar otsustas, et nüüd on nii. Ta nuttis see nädal aega, mis ta siin oli /.../ ta oli tütre peale tohutult kuri, et tema tahte vasta ja üldse keegi ei küsi...“ (PE16)*

Alakategoorias *patsiendi tahe ei ole teada* kirjeldati, kus personali hinnangul patsiendi vaimne võimekus ei võimaldanudki tahet teada saada või kognitiivsed võimed olid märkimisväärselt alanenud.

*„Tuleb ette, et ta ei saa aru, et me teeme seda või seda tema ohutuse pärast ja seepärast on ta vastu.“ (PE17)*

*„Patsiendi teadvus kõigub ja vahepeal on selgemad hetked ja vahepeal on ta segane. Ta ütleb küll oma soovi, aga me ei tea, kas ta on adekvaatne ja kas see on adekvaatne tahe.“ (PE3)*

*„...Muidugi võib arvestada ka dementsete inimeste soovidega, aga siis tuleb oma loogikat kasutada ja soovide adekvaatsust ise hinnata.“ (PE5)*

*„Alati patsient ei orienteeru ajas ja kohas, aga tahet ta avaldab. Kas siis tehtud tegevused liigituvad ka tahtevastase tegevuse alla...“ (PE5)*



#### 4.2.3. Personali hoiakutest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastased tegevused

Ülakategooria *personali hoiakutest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastased tegevused* moodustus kolmest alakategooriast: 1) personali hinnangud ja hoiakud, 2) personali suhtlemisviisid, 3) asutuse töökorraldusest tingitud tegevused (tabel 4).

**Tabel 4. Personali hoiakutest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastased tegevused, neid iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Tahtevastaselt võib teha ilma patsienti kinni hoidmata Füüsiline tahte allutamine on äärmuslik ja harv Ajab täiega vastu, kuid me ei saa lõpmatuseni vastu tulla Peaks kuulama patsienti, mitte lähedaste soovet, kuid me ei tee seda Pole aega ega tahtmist patsiendi probleemidesse süveneda Haiglas ei ole päris nii, et patsient teeb mis tahab Tahtevastase hoolduse kriteerium on oht tervisele	Personali hinnangud ja hoiakud	Personali hoiakutest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastased tegevused
Kasutame sõna jõudu ja autoriteeti Konfliktid patsiendiga tõstavad tahtevastase tegevuse ohtu Seletused mõjuvad tihtipeale väga hästi ja me saame kokkuleppele	Personali suhtlemisviisid	
Personal on üleväsinud ja võib juhtuda tahtevastaseid tegevusi Kui on liiga suur töökoormus, siis võib esineda patsiendi väärti mõistmist ja tahtevastast hooldust Professionaalsust näitab see, et vajadusel teha seda mida patsient vajab Me peame arvestama ka teiste palatikaaslastega	Asutuse töökorraldusest tingitud tegevused	

Alakategooriasse *personali hinnangud ja hoiakud* paigutus arvukalt kirjeldusi. Personal kirjeldas, et nad saavad aru küll, et patsiendile ei meeldi teostatavad tegevused, kuid nad teevad seda ikkagi. Personal eristas tahtevastast hooldust ja ohjeldamist üpris veendunult ja leiti, et tahtevastase hoolduse põhjuseid on mitmesuguseid. Töötajate kirjeldustes väljendus oma professionaalse vastutuse tunnetamine, mis võib põhjustada tahtevastast hooldust, aga samas tekitas see ka kahtlusi. Töötajad põhjendasid vastu patsiendi tahet sooritatud tegevusi asutuse regulatsioonidega. Personal leidis, et tahtevastane hooldus on õigustatud ohu korral patsiendi tervisele.

*„Patsient ise nagu ütleb, et mulle tegelikult see ei meeldi, aga personal teeb temaga tegevuse*

*ära ja seda tuleb kindlasti ette, täiesti kindlalt.“ (PE3)*

*„Ohjeldamine ja tahtevastane hooldus on vist natuke erinevad. Tahtevastaselt me teeme seda ju ikkagi patsiendi pärast /.../ ohjeldamine on me paneme patsiendi kinni, et ta ennast ei vigastaks ja ohjeldamist kasutatakse, et teha seda tahtevastast protseduuri /.../ aga need on ikkagi erinevad asjad.“ (PE9)*

*„Ja ta on väsinud sellest kõigest. Ta tahab puhkehetke ja annab midagi unerohtu.“ (PE5)*

*„Haiglas ei ole päris nii, et patsient teeb, mis tahab...“ (PE5)*

*„Et kui panid siia hooldusesse, siis hooldus otsustab, kuidas hooldada ja haiglas on ikka haigla asi kuidas edasi teha.“ (PE11)*

*„Mähkmevahetust tahtevastaselt on. Ta on haiglas ja peab selle, siis tahtevastaselt ära tegema, kui on vajadus.“ (PE4)*

*„Tahtevastase hoolduse rakendamise kriteerium on oht tervisele.“ (PE9)*

Alakategooria *personali suhtlemisviisid* moodustus kirjeldustest patsiendiga suhtlemise ja koostöö kohta.

*„Kui on selline patsient ja ta saab aru mida sa talle räägid, siis kasutad sõna jõudu ja enda autoriteeti, et peab ära keerama ja ei tohi seljapeal olla.“ (PE16)*

*„Konfliktid patsiendiga tõstavad alati tahtevastase tegevuse ohtu...“ (PE3)*

*„Nad tihti ei taipagi mida nendega tehakse. Kui seletad ära, siis nad on nõus. Kui aru ei saada, siis ei olda ka nõus.“ (PE18)*

Alakategoorias *asutuse töökorraldusest tingitud tegevused* kirjeldati erinevaid töökorralduslikke olukordi, nagu näiteks suur töökoormus või arsti korraldus, mis võis esile kutsuda tahtevastaselt sooritatud toimingut. Haigla sisekord võib samuti soodustada patsiendi tahte vastaselt sooritatud tegevusi.

*„Personal on üleväsinud ja personal ei ole robotid ja nii võib tahtevastaseid tegevusi juhtuda.“ (PE3)*

*„Vääriti mõistmist ja tahtevastast hooldust võib esineda, kui personalil on liiga suur töökoormus...“ (PE3)*

*„Kui töökoormus on suur, siis võib juhtuda igasuguseid asju.“ (PE10)*

*„Me peame lähtuma sellest, et siin on päevarežiim.“ (PE4)*

*„Tohter leiab, et see on eluohtlik ja me teeme /.../ see on tahtevastane. (PE14)*

#### 4.2.4. Elamistoimingutega seotud tahtevastased tegevused

Ülakategooria *elamistoimingutega seotud tahtevastased tegevused* moodustus neljast alakategooriast: 1) hügieeni tagamine, 2) toitmine, 3) elu lõpu aktsepteerimine, 4) raviskeemi järgimine (tabel 5).

**Tabel 5. Elamistoimingutega seotud tahtevastased tegevused, neid iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Peseme iga nädal ja see on patsiendile vastuvõetamatu Vajadusel tuleb mähkmevahetus tahtevastaselt ära teha Mõni ei taha, et võõras teda peseb, aga me peseme ikkagi	Hügieeni tagamine	Elamistoimingutega seotud tahtevastased tegevused
Kui ei joo, peame sekkuma ja sondi kasutama Toitma peame, kuigi ta ei taha Kui vabatahtlikult ei söö, panen ise talle supi suhu Hoiame nasogastraalsondi nii kaua kui vaja ja ei lase välja tõmmata	Toitmine	
Patsient tahab surra, rahu olla ja ei taha kannatada Mõni on otsustanud ennast teadlikult ära tappa, kust läheb humaansuse piir Sugulased ei lepi, et vanem hakkab surema, kuigi patsient ise tahab ainult rahu Kui patsient tahab, toetame ainult valuraviga kui lähedase ei survesta	Elu lõpu aktsepteerimine	
Ei taha ja ei ole huvitatud, kuid peame teda aktiveerima Ei taha asendit muuta, peame sundima Tablette ei taha, sülitatakse välja ja anname salaja toiduga Me peame tagama elutähtsad funktsioonid, näiteks aspireerima ja siis nad hakkavad vastu	Raviskeemi järgimine	

Alakategoorias *hügieeni tagamine* kirjeldati peamiselt pesemise ja puhtuse tagamisega seonduvat. Veel kirjeldati, et võõras töötaja võib osutada ebameeldivaks pesemise toimingu teostamisel ja sellest on tingitud tahtevastatus. Hooldamata jätmine võib osutada ohuks tervisele.

*„Nad ei taha vanni minna ja hakkavad vastu /.../ mõni kohe ei taha üldse minna ja siis tuleb ta lihtsalt ära pesta.“ (PE9)*

*„Tal on eluohtlikud pikad küüned. Küüned lähevad tagurpidi ja lõikuvad lihasse ja tulemuseks on sepsis. Me peame lõikama need küüned ära ja ei saa siin protestimisega arvestada.“ (PE10)*

*„Me peame mingil hetkel, kasvõi patsiendi mitte nõustudes seda tegema, sest lõputult see kesta ei saa. Seal tekkivad juba muud tervisehäda nagu haudumused, niiskus, lamatised.“ (PE3)*

Alakategooria *toitmine* moodustus kirjeldustest, kus patsient ise süüa ja juua ei soovinud, kuid patsiendi huvides oli, et ta saaks toidetud ja joodetud.

*„Toitma peame, me ei saa neid nälga jätta, kuigi ta ei taha, me peame teda ikkagi toitma ja andma talle juua.“ (PE10)*

*„Mõni ei taha ikka. Sellele tuleb öelda, et kui sina ise vabatahtlikult oma käega seda suppi suhu ei pane, siis olen mina see kes paneb.“ (PE14)*

*„Meil on paljudel pehme dieet, aga pehme dieet on iga päev üks ja sama püree, päevast päeva, nädalast nädalasse, kuust kuusse ja ei tahaks ise ka seda süüa. Neile ei meeldi, aga tuleb anda...“ (PE9)*

Alakategooria *elu lõpu aktsepteerimine* moodustus olukordade kirjeldustest, kus patsient tahab surra, rahu olla ja ei taha kannatada. Vahel personal nõustuks patsiendi sooviga, aga leiti, et selles olukorras on keeruline patsiendi lähedastega, kes ei suuda sellega leppida ning nõuavad patsiendi ravimist.

*„Mõni on otsustanud ennast teadlikult ära tappa. Ta ei taha süüa, ta on väsinud. Ütleb, et ma olen 98, mind on unustatud, mul lapsed on surnud, ma olen ainuke elus /.../ patsient on adekvaatne, kust läheb humaansuse piir...“ (PE10)*

*„Patsiendid on neljanda astme vähiga ja sugulased, et aktiveerige, tehke ta terveks ja nad ei lepi sellega, et ema ja isa hakkab ära surema /.../ patsient ise tahab ainult rahu ja meil on selles mõttes sugulastega probleem.“ (PE10)*

*„Patsient on adekvaatne, vanus on piisav, on haigused ja tal on vähk ja ta ütleb, et ta tahab ära surra. Ravi on lõpetatud ja me toetame teda ainult adekvaatse valuraviga /.../ kui lähedasi survestama ei tule, siis me aktsepteerime patsiendi otsust. (PE5)*

Alakategoorias *raviskeemi järgimine* kirjeldati patsiendi koostöövalmiduse puudumist oma ravile kaasaaitamisel. Kirjeldati olukordi, kus patsient ei nõustunud ja personal andis tahtevastase ravimit.

*„Patsient ei taha tulla voodist välja, ta ei taha tulla ratastooli. Ta ei ole millestki huvitatud. Me ütleme, et sa pead, arst käskis ja siin sa selleks oled, et me peame sind aktiveerima, peame sind tõstma.“ (PE14)*

*„Need kateetrite panekud on ju kõik tahtevastase, keegi ei taha neid, aga vahel on nad niisuguses seisus, et me ei saa teistmoodi...“ (PE11)*

„Tihti ei taheta tablette võtta, sülitatakse välja. Seda saab toidu ja joogiga salaja anda...” (PE18)

### 4.3. Patsientide vaatekohad

#### 4.3.1. Tahtevastaselt hooldamine

Ülakategooria *tahtevastaselt hooldamine* moodustus kahest alakategooriast: 1) arvamus nähtuse olemasolu kohta, 2) jõu kasutamine protseduuriks (tabel 6).

**Tabel 6. Tahtevastaselt hooldamine, seda iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Võib küll selline tahtevastane tegevus eksisteerida	Arvamus nähtuse olemasolu kohta	Tahtevastaselt hooldamine
Ma ei tahtnud plaastrit, kuid nad ikkagi panid ja nädala pärast eemaldades ma karjusin nende käes	Jõu kasutamine protseduuriks	
Nõus ei olnud, aga sunniti ära tegema (protseduur), sest tahtsin koju		

Alakategoorias *arvamus nähtuse olemasolu kohta* avaldasid patsiendid arvamust, et nähtus eksisteerib reaalsuses.

„Ikka võib olla, kindlasti võib olla seda asja, seda tahtevastast hooldamist.” (PA1)

„... Võib küll, ma arvan ja võib küll selliselt tahtevastaselt selline tegemine eksisteerida.” (PA19)

Alakategoorias *jõu kasutamine protseduuriks* kirjeldati personali poolt jõudu kasutades läbi viidud protseduure.

„Ma ütlesin ärge pange plaastrit, aga kõik olid asjalikud sealjuures ja kõik soovitasid, ma ei tahtnud /.../ kui neid plaastreid maha võeti, nädala pärast, oi, oi /.../ nad nägid, kuidas ma karjusin nende käes, kui seda maha hakati võtma...” (PA8)

„Oled kaks kuud haiglas ja kui hakkad haiglast ära minema, siis avastavad, et uriini proov on tegemata ja hakkavad sulle ora sisse torkima /.../ nõus ei olnud, aga sunniti ära tegema, mis mul üle jäi, tahtsin rutem minema saada, tahtsin koju.” (PA6)

#### 4.3.2. Hügieeni tagamise ja toitmise seotud tahtevastane hooldus

Ülakategooria *hügieeni tagamise ja toitmise seotud tahtevastane hooldus* moodustus kahest alakategooriast: 1) hügieeni tagamine, 2) toitmine (tabel 7).

**Tabel 7. Hügieeni tagamise ja toitmise seotud tahtevastane hooldus, seda iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Mind viidi duši alla ja ma saan ise pesemisega hakkama, aga ikka hooldaja pesi mind Vastik on, et pean voodis eritama ja ootama, kuni mind abistatakse See on piinlik, nad tulevad ja puhastavad su ära	Hügieeni tagamine	Hügieeni tagamise ja toitmise seotud tahtevastane hooldus
Lased kella ja tahad vett, aga nad ei tule või kui tulevad, siis vihastavad Nad tulevad päevas mitu korda ja sunnivad keedetud vett jooma, aga ma tahan teed	Toitmine	

Alakategooriat *hügieeni tagamine* illustreerivad alljärgnevad näited.

„Mind viidi duši alla ja ma ütlesin hooldajale, et ma saan selle pesemisega ise hakkama. Ma ei taha võõrast pesema aga ikka tehti ära. Ma oleks ise hakkama saanud...” (PA19)

„Vastik on, et ma pean laskma voodisse. Olen sees niikaua, kui nad tulevad ja ära koristavad.” (PA6)

„See on piinlik, nad tulevad ja puhastavad su ära.” (PA6)

Alakategoorias *toitmine* kirjeldati toidu ja toitumisega seoses alljärgnevat.

„Makaronisupp oli ükskord neli korda järjest, ära tüütab ja ütled, et ma ei taha seda, aga asemele ei pakuta midagi ja ei jäägi muud üle...” (PA6)

„Ma tahan piima, aga siia haiglasse ei tooda piima, ainult diabeetikud saavad, aga mul on vaja. Ma küsin iga päev. Järsku olen mina ka diabeetik, mind ei ole kontrollitud, siis saaks piima.” (PA8)

„Lased kutsekella ja tahad vett või midagi, nad ei tule ja teinekord vihastavad ka, et mis sa tiristad siin /.../ tulevad siis sa jood lõnks, lõnks, lõnks. Ma tahaks rahulikumalt, aga ei tea kuna jälle saab. Janu on.” (PA6)

„Nad tulevad päevas mitu korda ja sunnivad keedetud vett jooma. Ma ei taha. Arst käskis. Ma rääkisin õele, et ma ei joo kodus ka vett, vaid joon ainult teed, aga teed saab siin ainult õhtul /.../ õde ei kuula...” (PA13)

#### 4.3.3. Patsientide ja tema lähedastega seotud tahtevastased asjaolud

Ülakategooria *patsientide ja tema lähedastega seotud tahtevastased asjaolud* moodustus kolmest alakategooriast: 1) vastuseis õendushooldusel viibimisele, 2) laste survele õendushooldusel viibimine, 3) tahtevastase hooldusega kaasnevad negatiivsed tunded (tabel 8).

**Tabel 8. Patsientide ja tema lähedastega seotud tahtevastased asjaolud, neid iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Ma ei taha siin olla, ei ühtegi päeva ja ei taha ühtegi asja, mida nad teevad Kui jalad alla saan lähen koju, aga arsti näeb harva ja ta ei lubavat mind välja kirjutada Tegelikult ma tahaksin kodus olla, aga kes minuga seal hakkama saab	Vastuseis õendushooldusel viibimisele	Patsientide ja tema lähedastega seotud tahtevastased asjaolud
Lapsed panid mind siia ja nemad ei kuula mind, ma saaks natuke ka ise hakkama Tahaksin kodus olla, poeg ütleb, et ma ei saa hakkama, sest ma olen kukkunud paar korda Oleksin tahtnud, et poeg oleks Eestis ja aitaks mind, ma süüdistan siinolemises teda	Laste survele õendushooldusel viibimine	
Vastu tahtmist tegemine on väga ebameeldiv ja paha Minuga tahtevastasel tegelemine rikub kõigil tuju ära Tahtevastasel on inimväärikust solvav tegevus	Tahtevastase hooldusega kaasnevad negatiivsed tunded	

Alakategoorias *vastuseis õendushooldusel viibimisele* kirjeldati patsiendi soovi saada koju ja sellest tulenevat vastuseisu õendushooldusel viibimisele.

*„See siin on ühiselamu ja ma ei taha siin olla ühtegi päeva ja ei ühtegi asja, mis nad teevad.“ (PA13)*

*„Nagu jalad alla saan lähen kohe ära koju /.../ x haiglast toodi mind siia üle, et vara olevat koju minna, aga arsti näeb siin ka nii harva ja ei lubavat mind välja kirjutada.“ (PA20)*

*„Tegelikult ma tahaksin kodus olla, aga kes minuga seal hakkama saab ...“ (PA7)*

Alakategoorias *laste survele õendushooldusel viibimine* kirjeldati, et õendushooldusel viibimine toimub patsiendile nende tahte vastaselt, laste survele.

*„Lapsed panid mind siia, kui saaks läheks kohe koju, aga kodu juures ei leia sellist hooldajat, kes tuleks natuke aitaks /.../ nemad ei kuula mind ja nad käivad tööl, ma saaks natuke ka ise hakkama, aga seda ei kuulata ja toodi mind siia ja pean nüüd siin olema.“ (PA13)*

„Tahaksin kodus olla /.../ poeg ütleb, et ma ei saa üksinda hakkama ja ta ei usalda, sest ma olen kukkunud paar korda /.../ ma olen öelnud pojale, tema ütleb, et proovime veel natuke, aga koju ikka tahaks saada. (PA8)

„Oleks tahtnud, et poeg oleks Eestis ja aitaks mind ja ma olen pojale küll ja küll öelnud seda. Ma süüdistangi täitsa teda, et mina siin olen /.../ minu oma ei ole mind küll kuidagi aidanud. Ütleb, et praegu ei saa ja pean siin olema.“ (PA12)

Alakategoorias tahtevastase hooldusega kaasnevad negatiivsed tunded kirjeldasid patsiendid selle rakendamise kaasnemaid negatiivseid tundeid.

„Vastu tahtmist tegemine ja soovimata, see on väga ebameeldiv ja paha.“ (PA1)

„Tahte vastaselt minuga tegelemine rikub tuju igapähe küll ära.“ (PA2)

„See tahtevastaselt on inimväärikust solvav tegevus...“ (PA6)

4.3.4. Patsiendi ja personali omavahelisest suhtlemisest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastane hooldus

Ülakategooria patsiendi ja personali omavahelisest suhtlemisest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastane hooldus moodustus kahest alakategooriast: 1) asutuse töökorraldusest tingitud tegevused, 2) patsiendi ja personali omavaheline suhtlemine (tabel 9).

**Tabel 9. Patsiendi ja personali omavahelisest suhtlemisest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastane hooldus, seda iseloomustavad substantiivsed koodid ning moodustunud alakategooriad ja ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
On olnud tahtevastast, aga töötajatel on palju tööd ja ega nad jõuagi kõike teha nii nagu vaja oleks Teinekord nad ei kuulagi mind ja teevad ikka omamoodi, tööd neil palju Kuna pean mähkmeid kasutama, kardan süüa, et ei tekiks vajadust eritada	Asutuse töökorraldusest tingitud tegevused	Patsiendi ja personali omavahelisest suhtlemisest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastane hooldus
Oleksin oodanud, et mulle oleks selgitatud ja ma oleks, siis nõus olnud Ma olen kõiki palunud, et puudutage mind õrnalt, vahel on sellega arvestatud Ma ei taha, et minu tahet surutakse alla Tuleb esmajoones olla inimene ja siis professionaal, siis ei ole midagi tahtevastast	Patsiendi ja personali omavaheline suhtlemine	



Alakategoorias *asutuse töökorraldusest tingitud tegevused* patsiendid nendivad tahtevastase hoolduse olemasolu töökorralduslikest teguritest tingituna, kuid samas püüavad töötajaid õigustada ja oma tundeid seeläbi normaliseerida.

*„Tahtevastast on olnud jah, haigla töötajatel on tööd palju ja nad ei jõuagi kõiki niimoodi teha, kui vajadus oleks...“ (PA12)*

*„...Teinekord nad ei kuulagi mind ja teevad ikka omamoodi /.../ tööd oli neil palju.“ (PA12)*

*„Mulle ei meeldinud, et x tegeleb minuga. Teen silmad lahti ja tema seisab minu voodi ees ja see oli halb kogemus /.../ ta tegeles kõigiga ja seda ei saanud vältida. Ta solvas ka teisi ja ma kartsin teda, muidu sai ta tööülesannetega hakkama...“ (PA19)*

Alakategooria *patsiendi ja personali omavaheline suhtlemine* kirjeldab patsientide ootusi informatsioonile ja selgitustele. Tähtsaks peeti patsiendi individuaalsusega arvestamist ja patsiendi ning personali inimlikku suhet, mis on oluline tahtevastase hoolduse vältimisel.

*„Õelnud mulle, et mille jaoks on seda vaja, aga mitte midagi selgeks ei tehtud.“ (PA6)*

*„Oleksin oodanud, et oleksid selgitanud, millega tegu, et vahetame voodit ja tõstame sind teise voodisse ja ma oleksin nõus olnud.“ (PA6)*

*„Oluline, et arutatakse läbi, siis ei ole ma vastu, kui midagi on vaja teha.“ (PA1)*

*„Tuleb esmajoones olla inimene ja siis professionaal, siis ei ole ka midagi tahtevastast...“ (PA1)*

## 5. ARUTELU

### 5.1. Personali vaatekohad tahtevastase hoolduse kohta

Maailmas suureneb seoses rahvastiku vananemisega eakate inimeste arv. Samasugust trendi näeme ka Eestis. Kujunenud olukord nõuab tervishoiuteenuse osutajatel kohanemist ning hooldusteenuse pakkumise suurendamist. Kuna eakatel on sageli füüsiline ja kognitiivne võimekus langenud, ei suuda nad enda tahet piisava selgusega väljendada ja on oht, et nad võivad kogeda hooldustoiminguid ja ravi, mis teostatakse lähedaste ja tervishoiupersonali poolt vastu eakate tahet. Käesolevaks ajaks on publitseeritud esimesed uurimused, mis kinnitavad nähtuse eksisteerimist Belgia (Hamers jt 2016) ja Hollandi (Moermans jt 2018) õenduskodudes. Eestis on teemat vähe käsitletud ja käesoleva töö autorile teadaolevalt ei ole Eestis nähtust **tahtevastane hooldus** varem uuritud.

Watts jt (2017) kirjeldavad, et sunniviisilise hoolduse rakendamise juhtumid on keerulised ja sunniviisiline hooldus mõistena on võimas, mis tekitab töötajates ebamugavustunnet. Mitte alati ei taha töötajad sellest rääkida ja teema vaikitakse maha. Töötajate ebamugavustunnet teema üle arutlemisel kogeti ka käesolevat tööd tehes ja personali intervjuuerides. Kahel juhul toodi uurimistöös mitteosalemise põhjenduseks, et nende haiglas tahtevastast hooldust ei esine.

Käesolevas töös on tahtevastase hoolduse ja ravi piirid hägused, mis praktikas vahel nii ongi. Algselt planeeriti personalilt arvamusi koguda essee abil. Essee võimaldanuks saada ausalt ja anonüümselt teavet huviobjektiks olevast nähtusest (Hirsjärvi jt 2005). Magistritööd planeerides nähti ette riski, et esseed ei soovita kirjutada, seetõttu jäeti õdedele ja hooldustöötajatele teise võimalusena osaleda soovi korral intervjuul. Intervjuuerimismeetodiks valiti struktureerimata intervjuu, et saada töötaja ausalt ja avameelselt etteantud temast rääkima. See õnnestus, aga täpselt ei tea kunagi, kas uuritav avaldas intervjuu käigus avameelselt kõiki oma mõtteid ja kogemusi. Uuriija vähese kogemuse tõttu intervjuerijana oli raske hallata intervjuu kulgu. Intervjueeritavad kaldusid teemast kaugele kõrvale ja intervjueeritavat mõjutamata teemasse tagasitoomine oli keeruline.

Tulemuste põhjal selgus, personal tunnistas, et nähtus **tahtevastane hooldus** praktikas eksisteerib ning on esinenud olukordi, kus mingeid toiminguid või protseduure teostatakse tahtevastaselt füüsilist jõudu kasutades. **Patsiendi selgelt väljendatud vastuseis** võib olla sõnaline või avalduda läbi füüsilise reaktsiooni, kas ennast kaitsvate või ründavate liigutustena. Muljetavaldavalt palju

kirjeldati keerulisi olukordi, kus patsiendi ja tema ***lähedaste soovid ja nõudmised*** võivad erineda. Sugulased tahavad vahel rohkem, kui patsient ise soovib või nõutakse personalilt vastu patsiendi tahet tegevuste sooritamist. Töötajate sõnul oli juhtumeid, kus lähedased kurjustasid personaliga, kui viimane arvestas patsiendi soovidega ja personal kartis lähedaste kriitikat. Personal kirjeldas ka olukordi, kus patsient oli toodud ***hooldusele vastu tema soovi***. Nendel juhtumitel patsient ei olnud alati vastu haiglas tehtavatele hooldustoimingutele, vaid vastuseis oli üleüldiselt hooldusteenusel viibimisele. Keeruliste eetiliste ja moraalsete dilemmadena kirjeldasid intervjueeritavad olukordi, kus ***patsiendi tahe ei ole teada*** ja see võib põhjustada tahtevastast hooldust. Personali hinnangul patsiendi vaimne võimekus ei võimaldanudki mõnikord tahet teada saada.

Personali vaatekohalt moodustunud ülakategooria ***personali hoiakutest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastased tegevused*** koondas enda alla alakategooriad, mida kirjeldati värvikalt ja rohkelt. ***Personali hinnangutest ja hoiakutest*** selgub, et töötajad saavad aru kuna on tegu tahtevastase hooldusega, aga nad sooritavad selliselt tehtud toimingid ikkagi, tunnetades professionaalset vastutust. Paternalistlik mõtteviis on tervishoius laialt levinud kogu maailmas (McCullough 2010, Carter jt 2015). Personali hoiakutes väljendus, et asutuse regulatsioonid on mõnikord tahtevastase hoolduse põhjustajaks. ***Personali suhtlemisviisid*** mõjutasid patsientidega koostööd. Konfliktid patsientidega võivad tõsta tahtevastaste tegevuste ohtu. ***Asutuse töökorraldusest tingitud tegevustes*** kirjeldati erinevaid töökorralduslikke olukordi, nagu näiteks mitmekohalised palatid ja muud ruumilised kitsaskohad, personali suur töökoormus või arsti korraldus, mis tuli igal juhul täita patsiendi tervise või paranemise huvides. Need tegurid võisid samuti esile kutsuda tahtevastaselt sooritatud toimingut.

Personali vaatekohalt kirjeldati ***elamistoimingutega seotud tahtevastaseid tegevusi***. Vajadus ***hügieeni tagamiseks*** on üks levinumaid põhjuseid, mis põhjustab tahtevastase hoolduse rakendamist. Patsiendi vastuseis võib muutuda, kui arvestatakse tema eripäradega protseduuri teostamisel. Watts jt (2017) kirjeldavad oma uurimuses hügieeni tagamiseks patsiendile vastu tema soovi tehtud hambapesu, mis on hooldustöötajatele tööülesannete täitmisel emotsionaalselt keeruline väljakutse. Käesoleva töö raames intervjueeritud personal suuhooldusega seotud toiminguid ei kirjeldanud, kirjeldati jõuga patsiendi pesemist, mähkmete vahetamist või toitmist. Personal aktsepteeris mingi piirini patsiendi soovi ja siis lõpuks toideti või joodeti patsienti tema tahte vastaselt.

Tugevaid tundeid tekitasid personalis olukorrad, mis oli seostusid *elu lõpu aktsepteerimisega*. Patsient tahab rahuneda ja ei taha kannatada. Personal nõustuks patsiendi sooviga, aga vahel on keeruline lähedastega, kes ei suuda sellega leppida ja nõuavad patsiendi ravimist. *Raviskeemi järgimisel*, kus patsient ei olnud koostöövalmis, kirjeldati tahtevastastelt ravimite andmist ja kateetrite paigaldamist või füüsilist aktiveerimist. Tahtevastase hoolduse põhjusi elamistoimingutega abistamisel on erinevaid, kuid uurija hinnangul saaks paljud tahtevastastelt sooritatud tegevused ära hoida kui oleks kuulatud rohkem patsienti ja arvestatud tema individuaalsete eripäradega.

## **5.2. Patsientide vaatekohad tahtevastase hoolduse kohta**

Patsientide vaatekohtade teadasaamiseks viidi läbi struktureerimata intervjuud patsientidega. Ühtegi uurimust, kus oleks patsiente intervjueritud seoses vastutahtelise hooldusega, käesoleva magistr töö kirjutamise ajal ei leitud. Töö teoreetilises osas viidatud uurimustes oli nähtust uuritud personali küsitledes (Watts jt 2017, Moermans jt 2018) või haiguslugusid analüüsides (Hamers jt 2016). Seega patsientide intervjuerimisel saadud tulemusi ei ole võimalik millegagi kõrvutada. Võib väita, et käesoleva töö raames intervjueritud patsiendid kirjeldasid uuritava nähtuse samu tunnuseid, mida personalgi. Patsientide poolt nimetatud tegevusi on välja toodud ka nähtuse kohta avaldatud eelpoolnimetatud kolmes varasemas uurimuses.

Patsientide vaatekohalt *patsientide ja tema lähedastega seotud tahtevastased asjaolud* toovad sarnaselt välja *vastuseisu õendushooldusel viibimisele* ja soovi saada koju, kuid patsiendi üldseisund ei võimalda iseseisvalt hakkama saada. Sarnaselt kirjeldati veel *laste surve õendushooldusel viibimist*, kus lapsed panid omakesed õendushooldusele, aga patsient tahtis ise koju. Erinevus oli patsiendi ja personali vaatekohtades, et ükski patsient ei kirjeldanud seoses tahtevastase hooldusega lähedast surve sooritatud õendushooldustoiminguid, mida aga kirjeldas personal oma praktikas. Siin võib olla asjaolu, patsiendid ei teagi, et nende tahte vastaselt sooritatud hooldustoimingu survestajaks olid hoopis lähedased ja süüdistavad ainult personali. Patsiendid kirjeldasid erinevalt personalist *tahtevastase hooldusega kaasnevaid negatiivseid tundeid*. Patsiendid ütlesid, et tahtevastased tegevused on inimväärikust solvavad ja tuju rikkuvad tegevused.

Patsientide vaatekohalt kirjeldati *patsiendi ja personali omavahelisest suhtlemisest ja asutuse töökorraldusest tingitud tahtevastast hooldust*. Patsiendid nendivad oma vaatekohalt, et *asutuse töökorraldusest tingitud tegevused* põhjustavad tahtevastast hooldust ja samas patsiendid ise

õigustasid ja püüdsid seletada personali käitumist sellega, et neil on palju tööd. Ilmselt selliselt käitumine aitab toime tulla enda tunnetega. Intervjuudest paistab välja, et vahel kasutab personal asutuse töökorraldust ettekäändena tahevastase hoolduse rakendamiseks, otsimata teisi lahendusi. **Patsiendi ja personali omavaheline suhtlemine** toob välja patsientide ootused informatsioonile. Patsiendid ootavad personali poolt inimlikku kontakti ja nende individuaalsusega arvestamist, mis aitab ära hoida tahevastaselt hooldustoimingute sooritamise. Chang jt (2011) uurimuses kirjeldatakse, et patsientide arvates on õdedel kogu aeg kiire ja patsiendid ootavad emotsionaalset tuge ning piisavat omavahelist suhtlust. Käesolevas uurimuses saame samuti järeldada, et tahevastase hoolduse esinemisel ja selle vältimisel on oluline osa omavahelisel suhtlemisel ning informatsiooni jagamisel.

Patsientide vaatekohalt kirjeldati samuti **hügieeni tagamise ja toitmisega seotud tahevastast hooldust**. **Hügieeni tagamisel** kirjeldati tahevastase hoolduse situatsioone puhtuse tagamiseks seoses pesemisega. **Toitmisega** seondult kirjeldati erinevaid tahevastaseid olukordi. Kirjeldati, kus sunniti patsienti vett jooma, mida ta ei tahtnud või sunniti patsienti neli päeva järjest makaronisuppi sööma.

Käesolevas uurimistöös on tahevastane hooldus inimesele tema väljendatud tahte vastaselt tehtavad hooldustoimingud, mis on olnud tingitud vajadusest tema elu ja tervist säilitada. Patsiendid ja personal kirjeldasid oma vaatekohtadelt erinevaid olukordi. Uurijana viies läbi intervjuusid, kirjeldasid patsiendid veel tegemata jäänud hooldustoiminguid. Need situatsioonid olid patsientidele väga häirivad. Kindlasti tuleb ka sellistest olukordadest rääkida ning neile lahendus leida. Käesolevas uurimistöös ei ole neid antud olukordi kirjeldatud, sest on tegemist tegemata jäänud hooldustoimingutega. Tegemata jäänud hooldustoiming ei saa olla tahevastane hooldus, kuigi ilmselgelt personal ei arvestanud patsiendi soove.

### **5.3. Uurimistöö kitsaskohad**

Käesoleva töö usaldusväärusega seotud probleeme käsitleti metoodika peatükis. Kuigi intervjuu tüüpidest sobib struktureerimata intervjuu vähetuntud nähtuse uurimiseks, siis senise kogemuse põhjal soovitaksin praegu antud nähtust uurida poolstruktureeritud intervjuu abil, sest poolstruktureeritud intervjuu annab intervjuerijale intervjuu protsessi üle suurema kontrolli ja samas säilitab struktureerimata intervjuule omase andmete kogumise sügavuse. Väheste kogemustega intervjuerijal on struktureerimata intervjuu suunda raske hoida uuritaval teemal ilma, et uuritavat mõjutatakse. On oht, et intervjuu läheb teemast kaugele kõrvale.

Kogutud andmed analüüsiti kvalitatiivse induktiivse sisuanalüüsi meetodiga. Uurija valis antud meetodi, kuna vastavalt Elo ja Kyngäs (2008) meetodi kirjeldusele võimaldab see hankida nähtuse kohta uusi teadmisi ja seda kirjeldada. Graneheim ja Lundman (2004) ütlevad, et kvalitatiivne sisuanalüüs sõltub alati uurija võimekusest ja on subjektiivne. Subjektiivsuse riski maandamiseks kaasati uurimistöö juhendajad. Substantiivseid koode kategoriseeriti korduvalt, kuid etteantud ajaraamistiku tõttu tuli korduvalt kategoriseerimisele punkt panna.

#### **5.4. Tahevastane hooldus praktikas ja edasised uurimisprobleemid**

Tuginedes töö tulemustes kirjeldatud patsientide ja personali vaatekohtadele, võib väita, et nähtus tahevastane hooldus eksisteerib haiglate tööpraktikas. Personali ja patsientide arvamusi analüüsides näeme sarnaseid kirjeldusi tahevastase hoolduse kohta, Vaadeldes eelpool olevat joonis 1. näitab see meile, et tegemist on keerulise ja mitmedimensioonilise nähtusega. Tahevastast hooldus praktikas ja seda tingivad tegurid ning sellega kaasnevad asjaolud on omavahel keeruliselt läbi põimunud. Sõltuvalt olukordadest mõjutades üksteist vähem või rohkem. Tahevastase hoolduse esilekutsumiseks piisab ka ühest faktorist, aga vahel võib esineda neid faktoreid korraga koos mitu.

Käesoleva uurimistöö olulisus seisneb selles, et see aitab tõstatada teemat rääkimaks tahevastase hoolduse esinemisest haiglates. Nähtusega tegeledes saame kujundada ühist seisukohta ja tegutsemisstrateegiat olukordades, kus hooldustoimingute teostamisega ei ole patsient nõus. Täpne kokkulepitud tegutsemisstrateegia annab personalile käitumisjuhise, kuidas sellistes keerulistes olukordades tegutseda. Personal saab selguse olukordadeks, kus tervishoiutöötaja võib olla vastutav nii juriidiliselt kui moraalselt selle eest, et hooldustoimingu mittetegemine on patsiendi elule või tervisele ohtlik. Tohvre (2012) on oma uurimistöös välja toonud vajaduse nähtuse tahevastase hoolduse analüüsimiseks ja kirjeldamiseks. Seda tühimikku teadmistes käesolev uurimistöö täidab ja ilmselt on otstarbekas kogu patsientidele piirangute seadmise teemat vaadelda laiemalt. Käesolev magistr töö aitab luua väikest osa tervikpildist. Seega võivad uurimistöö tulemused olla kasulikud õendushariduses ja praktikas või tervishoiuvaldkonnas laiemalt. Uurimistöö tulemusi saaks rakendada tervishoiuga kokkupuudet omavates valdkondades, nagu näiteks sotsiaalhoolekandes.

Käesoleva magistr töö tulemustest selgus, et nähtus tahevastane hooldus eksisteerib personali ja patsientide kogemuste põhjal ka Eesti haiglates. Arvestades seda, et tegemist on nähtusega, mida on käesolevaks ajaks suhteliselt vähe uuritud, kuid mis patsiendikeskse teenuse koha pealt on

erakordselt oluline, on edasisi uurimisprobleeme piisavalt. Täpsemat ja süstematiseeritumat uurimist vajaksid tahtevastase hoolduse põhjused. Teatavasti on põhjuste kõrvaldamine üks viisidest, kuidas olukorda vältida. Samuti on vaja leida edasisi lahendusi, kuidas nimetatud olukordi vältida ja ennetada. Uurimist vajaks, millised on seosed tahtevastase hoolduse esinemise ja personali töökoormuse vahel. Arvestades seda, et intervjueeritud patsiendid avaldasid soovimatust olla õenduosakonnas, peaks püüdma arendada neid teenuseid, kus patsient saaks võimalikult kaua ja täisväärtuslikult kodus olla. Teenuste arendamiseks on vajalik saada tõenduspõhist teavet.

## 6. JÄRELDUSED

Eesti haiglate iseseisvate statsionaarsete õendusabi osakondade tööpraktikas esineb nähtus tahtevastane hooldus. Tahtevastane hooldus on inimesele tema väljendatud tahte vastaselt tehtavad hooldustoimingud. Tahtevastast hooldust tuleb praktikas ette ka teistel tingimustel, kui on vajadus säilitada patsiendi elu ja tervist. Personali ja patsientide kirjeldustest lähtub, et tahtevastast hooldust esile kutsuvad tegurid õendusabiosakondades on: asutuse töökorralduslikud tegurid, personalipoolsed tegurid, patsiendipoolsed tegurid, sugulastega seotud tegurid, omavahelisest suhtlemisest tingitud tegurid, õendus- ja ravitoimingutest tingitud tegurid.

Statsionaarse õendusabi osakondade töötajad tunnistavad nähtuse tahtevastane hooldus olemasolu ja töötajate arvates on hooldus patsiendi tahte vastane, siis kui patsient väljendab selget vastuseisu tehtavale hooldustoimingule ja kui see siiski sooritatakse, kas jõudu või muid piiranguid kasutades. Töötajate arvates võivad nähtuse tahtevastane hooldus esile kutsuvad tegurid olla erinevad nagu patsiendi lähedaste soovid, patsiendi vaimse võimekuse langus, asutuse töökorraldus, hügieeni tagamise vajadus, vajadus toita, vajadus jälgida raviskeemi või personali hinnangud ja hoiakud. Õendusabi osakondade töötajad eristavad nähtuse tahtevastane hooldus väljendumist/esinemist kahel viisil, kas on patsiendipoolne üleüldine vastuseis hooldusteenusel viibimisele või on tegemist tahtevastase hooldustoimingu teostamisega.

Patsiendid, tuginedes oma kogemusele tunnistavad nähtuse olemasolu ja personali poolt jõu kasutamist eesmärgiga sooritada tahtevastaselt hooldustoiminguid. Selliselt läbiviidud hooldusega kaasnevad hooldatavate negatiivsed tunded. Patsiendid kirjeldasid oma kogemustest erinevaid olukordi, mis võivad põhjustada nende tahte vastaselt sooritatud hooldustoiminguid ja need olukorrad on asutuse töökorraldus, sunniviisiline pesemine, sunniviisiline toitmine ning patsiendi ja personali omavaheline suhtlemine. Patsiendid eristasid üleüldist vastuseisu õendushooldusel viibimisele ja tahtevastast hooldustoimingu teostamist.



## KASUTATUD KIRJANDUS

Barrett, E. A. M. (2002). What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1): 51-60.

Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 17-25.

Boyce, C., Neale, P. (2006). Conducting In-Depth Interviews: A Guide for Designing In-Depth Interviews for Evaluation Input. Pathfinder International Tool Series. Monitoring and Evaluation-2. [http://www2.pathfinder.org/site/DocServer/m\\_e\\_tool\\_series\\_indepth\\_interviews.pdf](http://www2.pathfinder.org/site/DocServer/m_e_tool_series_indepth_interviews.pdf) (23.02.2019).

Bunchman, T. E., Mott, C. S. (2000). Compliance in pediatric transplant. *Pediatric transplantation*, 4, 165-169.

Burns, N., Grove, S. K. (2001). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. Elsevier, St. Louis.

Carter, S. M., Entwistle, V. A., Little, M. (2015). Relational conceptions of paternalism: a way to rebut nanny-state accusations and evaluate public health interventions. *Public Health*, 129, 1021-1029.

Chang, C-W., Chen, Y-M., Su, C-C. (2011). Care needs of older patients in the intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 825-832.

Choi, E., Song, M. (2003). Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 651-659.

Connelly, L. M. (2010). What is Phenomenology? *Medsurg Nursing*, 19(2): 127-128.

Cook, T., Mavroudis, C. D., Jacobs, J. P., Mavroudis, C. (2015). Respect for patient autonomy as a medical virtue. *Cardiology in the Young*, 25, 1615-1620.

Demir, A. (2007). Nurses Use of Physical Restraints in Four Turkish Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1): 38-45.

DiCicco-Bloom, B., Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40, 314-321.

Eesti Patsientide Esindusühing. <http://www.epey.ee/> (13.02.2019).

Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107-115.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *The Journal of nursing Scholarship*, 16(3): 84-87.

Finally, L. (2011). Phenomenology for therapists. Wiley-Blackwell, United Kingdom.

Gjerberg, E., Hem, M. H., Forde, R., Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6): 632-644.

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hamers, J. P. H., Bleijlevens, M. H. C., Gulpers, M. J. M., Verbeek, H. (2016). Behind Closed Doors: Involuntary Treatment in Care of Persons with Cognitive Impairment at Home in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2): 354-358.

Hellebrand, A. M. (2017). Set Up and Start to Engage Professional Power. *Nephrology Nursing Journal*, 44(3): 209-264.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2005). Uuri ja kirjuta. Medicina, Tallinn.

Hirsnik, E., Allikmets, M. (2017). Karistusõiguslik hinnang ohjeldamisele hooldusasutustes. *Juridica*, 5, 305-328.

Howarth, A., Sells, D., Mackenzie, L., Hope, A. (2014). Are we forcing people with dementia to receive care? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(7): 768-770.

Järv, A. (2004). Praktilised juhised söömishäiretega patsientide raviks. Tartu Ülikool. Psühhiaatriakliinik. <https://www.digar.ee/arhiiv/nlib-digar:11023> (24.09.18).

Klaassen A., Tiko, A., Mäe, K., Krais, M., Salumaa, M., Kokk, P., Agan, S., Arandi, T., Tõnisson, U., Uusküla, Ü. (2010). Tegevusjuhendaja käsiraamat. Tervise Arengu Instituut.

Koch, S., Nay, R., Wilson, J. (2006). Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *International Journal of older People Nursing*, 1, 151-158.

Kubsch, S. M. (1996). Conflict, enactment, empowerment: Conditions of independent therapeutic nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 192-200.

Laherand, M. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. OÜ Infotrükk, Tallinn.

Lillemaa, E., Sults, M. (2017). Vabatahtlikuse põhimõte üldhooldusteenuse osutamisel. *Sotsiaaltöö*, 4, 21-28.

Lõuk, K. (2010). Eetilised raamistikud inimuuringute eetikas. Teadusmagistritöö. Tartu Ülikool.

McCullough, L. B. (2010). Was bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalism? *Bioethics*, 25(2): 66-74.

Meleis, A. I. (1997). Theoretical nursing: Development and progress. Lippincott, Philadelphia.

Moermans, V. R. A., Bleijlevens, M. H. C., Verbeek, H., Tan, F. E. S., Milisen, K., Hamers, J. P. H. (2018). The use of involuntary treatment among older adults with cognitive impairment receiving nursing care at home: A cross-sectional study. *International Journal of nursing Studies*, 88, 135-142.

Morgan, A. K. (1994). Client education experiences in professional nursing practice – phenomenological perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 19(4): 792-801.

Morse, J. M., Field, P. A. (1996). Nursing research. The Application of Qualitative Approaches. Chapman & Hall. London.

Page, A., McDonnell, A. (2013). Holding children and young people: defining skills for good practice. *British Journal of Nursing*, 22, 1153-1158.

Playle, J. F., Keeley, P. (1998). Non-compliance and professional power. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 304-311.

Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J., (1999). Õenduse alused. Elamise mudelil põhinev õendusmudel. Elmatar, Tartu.

Royal College of Nursing. (2008). „Let`s talk about restraint“ – Rights, risks and responsibility. London: RCN. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-003208> (24.09.18).

Salmon, J. (2012). The use of phenomenology in nursing research. *Nurse Researcher*, 19(3): 4-5.

Soosaar, A. (2016). Meditsiinieetika. Tartu Ülikool.

Sotsiaalhoolekande seadus (RT I, 30.12.2015, 5; RT I, 21.12.2018, 19).

Sturmberg, J. (2005). How to Teach Holistic Care-Meeting the Challenge of Complexity in Clinical Practice. *Education for Health*, 18(2): 236-245.

Sults. M. (2017). Privaatsusõigus hoolekande- ja tervishoiuasutustes. Õiguskantsleri kontrollkäikudel tuvastatud probleemid. *Juridica*, 5, 294-304.

Tohvre, R. (2012). Patsientide ohjeldamine ja selle vältimise abinõud tervishoiu- ja hooldusasutustes: integreeriv kirjanduse ülevaade. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Trapido, L., Ootsing, S. (2004). Meditsiini sõnastik. Medicina, Tallinn.

Tuohy, T., Cooney, A., Dowling, M., Murphy, K., Sixmith, J. (2013). An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Researcher*, 20(6):17-20.

Turner, D. W. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*, 15(3): 754-760.

Upton, J., Fletcher, M., Madoc-Sutton, H., Sheikh, A., Caress, A-L., Walker, S. (2011). Shared decision making or paternalism in nursing consultations? A qualitative study of primary care asthma nurses views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection. *Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, 14, 374-382.

Võlaõigusseadus (RT I 2001, 81, 487; RT I 2019, 8).

Watts, S. J., Jackman, L., Howarth, A. (2017). „Speaking about the unspeakable“: Clinical psychologists views on the role of the profession regarding „forced care“ of older adults without capacity. *International Journal of Social Research and Practice*, 18(2): 660-673.

Williams, J. R. (2007). Arstieetika käsiraamat. Elmatar, Tartu.

Õendushoolduse osutamise nõuded (2007). Eesti Haigekassa, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Hooldusravi Osutajate Ühendus, Eesti Õdede Liit.

## LISAD

### Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks

Väga austatud õde või hooldustöötaja

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppekava üliõpilane Rainer Mällo ja kutsun Teid osalema uurimistöös „Tahtevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad“, mille eesmärk on kirjeldada tahtevastast hooldust Eesti haiglate iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades, selgitada välja kuidas patsiendid ja personal seda mõistavad ning missugustes olukordades seda esineb. Antud teemat ei ole varasemalt täpsemalt kirjeldatud ning seepärast on Teie osalemine uurimistöös väga oluline. Uurimistöö tulemused on olulised õenduspraktika ja hooldustöö arendamiseks eelkõige tervishoiuteenuste aga ka sotsiaaltöö korraldamise kontekstis.

Uurimistöös on kutsutud osalema iseseisva statsionaarse õendusabi osakondade õed ja hooldustöötajad ning uurimistöö andmete kogumine toimub 10.2018–01.2019. Uurimistöös osalemiseks palume Teil kirjutada essee teemal: „Minu arusaam tahtevastastest hooldusest“. Essee kirjutamisel on abistavateks küsimusteks: „Mis on tahtevastane hooldus, milles see seisneb või kuidas avaldub“? Võimalusel palun tooge isikustamata näiteid. Essee täpne pikkus ja sisu on Teie enda otsustada. Valmis kirjutatud essee saatke allolevale, uurija isiklikule e-posti või postiaadressile. Teile jäetakse essee kirjateel saatmiseks margistatud ja aadressiga ümbrik. Kui Te ei soovi esseed kirjutada, aga soovite siiski uurimistöös osaleda, siis on Teil võimalus jagada oma arusaamu individuaalintervjuul, mis lindistatakse. Intervjuule kuluv aeg on Teie enda otsustada, intervjuu teema on tahtevastane hooldus. Intervjuus palun Teil rääkida oma arusaamadest, kogemustest ja olukordadest, kus Teie arvates teostati hooldustoiminguid millega klient nõus ei olnud.

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Teil ei ole kohustust kirjutada või rääkida mitte midagi, mida Te ei soovi. Teie poolt kirjutatud essee või lindistatud intervjuu on konfidentsiaalne ja sellele on ligipääs ainult uurijal. Oma osalemine uurimuses on võimalik tagasi võtta kuni intervjuu lõpuni või essee ära saatmiseni. Hiljem pole see enam võimalik, kuna kõigi uuritavate andmed kodeeritakse tagasikodeerimist mittevõimaldavalt, mis on vajalik uuritavate ja andmete kaitseks.

(järgneb)

## **Tahtevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad**

Esseed ja intervjuud analüüsitakse induktiivse sisuanalüüsi meetodil. Pärast uurimistöö tulemuste avaldamist kõik uurimistööga seotud originaalandmed hävitatakse.

Valmis kirjutatud essee palun saata e-posti aadressile [rainermallo@hotmail.ee](mailto:rainermallo@hotmail.ee) või postiga uurija kodusele aadressile: Tuule 10, Nõo alevik, Tartumaa, 61601. Kõigile Teie täiendavatele küsimustele olen valmis vastama allolevatel kontaktidel.

Tänades,

Rainer Mällo

Telefon: +372 55568783

E-post: [rainermallo@hotmail.ee](mailto:rainermallo@hotmail.ee)

## **Lisa 2. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (patsient)**

### **Tahtevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad**

Lugupeetud patsient! Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppekava üliõpilane Rainer Mällo ja palun Teid osalema uurimistöös, mille eesmärk on kirjeldada tahtevastast hooldust Eesti haiglate iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades. Antud teemat ei ole varasemalt täpsemalt kirjeldatud. Uurimistöö tulemused võivad osutada oluliseks tervishoiuvaldkonnas laiemalt ja saadud tulemused võivad ka olla kasulikud tervishoiuga kokkupuudet omavates valdkondades, nagu näiteks sotsiaaltöös. Teie osalemine uurimistöös on meie jaoks oluline, kuna see aitab hinnata uuritava nähtuse tahtevastane hooldus olemasolu ja kirjeldada seda.

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja anonüümne. Anonüümsuse tagamiseks kogutakse andmed isikustamata kujul ja selle sisule on edaspidi ligipääs ainult uurijal. Intervjuu lindistatakse diktofoniga ja peale seda kirjutatakse see ümber. Saadud andmeid töödeldakse sisuanalüüsi meetodit kasutades ja peale seda ei ole võimalik enam intervjuudes öeldut isikutega seostada ja algallikat tuvastada. Peale uurimistulemuste avaldamist saadud andmed hävitatakse.

Palume Teil anda uurijale intervjuu teemal tahtevastane hooldus. Palume Teil rääkida oma arvamistest ja kogemustest. Intervjuu algab sõnadega: „Palun kirjeldage oma kogemusi seoses olukorraga/olukordadega, mil personali poolt teostati mõni hooldustoiming või protseduur, mida te ei soovinud või vajalikuks ei pidanud“.

Intervjuus osalemine võib olla emotsionaalselt koormav. Intervjuu sisu ja selle pikkus sõltub Teist. Teie ei pea rääkima mitte midagi mida Teie ei soovi. Teie võite loobuda ka intervjuust juba selle käigus ja sellega ei kaasne mitte mingeid kitsendusi. Kõigile Teie täiendavatele küsimustele olen valmis vastama kõigis uurimistöö etappides. Mind, ..... on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast ja riskidest. Kinnitan oma nõusolekut uuringus osaleda allkirjaga. Tean, et uuringu käigus tekkivatele küsimustele saan täiendavat informatsiooni uuringu teostajalt.

(järgneb)



**Tahtevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad**

Informeeritud nõusoleku vorm on vormistatud kahes eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uurijale. Täiendavate küsimuste tekkimisel vastuste saamiseks palume pöörduda uurija poole:

Rainer Mällo

Telefon: +372 55568783

E-post: [rainermallo@hotmail.ee](mailto:rainermallo@hotmail.ee)

Uuritava allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta: .....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta: .....

### **Lisa 3. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (personal)**

#### **Tahtevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad**

Lugupeetud õde või hooldustöötaja. Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppekava üliõpilane Rainer Mällo ja palun Teid osalema uurimistöös, mille eesmärk on kirjeldada tahtevastast hooldust Eesti haiglate iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades. Antud teemat ei ole varasemalt täpsemalt kirjeldatud. Uurimistöö tulemused võivad osutada oluliseks tervishoiuvaldkonnas laiemalt ja saadud tulemused võivad ka olla kasulikud tervishoiuga kokkupuudet omavates valdkondades, nagu näiteks sotsiaaltöös. Teie osalemine uurimistöös on meie jaoks oluline, kuna see aitab hinnata uuritava nähtuse tahtevastane hooldus olemasolu ja kirjeldada seda.

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja anonüümne. Anonüümsuse tagamiseks kogutakse andmed isikustamata kujul ja selle sisule on edaspidi ligipääs ainult uurijal. Intervjuu lindistatakse diktofoniga ja peale seda kirjutatakse see ümber. Saadud andmeid töödeldakse sisuanalüüsi meetodit kasutades ja peale seda ei ole võimalik enam intervjuudes öeldut isikutega seostada ja algallikat tuvastada. Peale uurimistulemuste avaldamist saadud andmed hävitatakse.

Palume Teil anda uurijale intervjuu teemal tahtevastane hooldus. Palume Teil rääkida oma arvamistest ja kogemustest. Intervjuu algab sõnadega: „Palun kirjeldage oma kogemusi seoses olukorraga/olukordadega, mil personali poolt teostati mõni hooldustoiming või protseduur, mida patsient ei soovinud või vajalikuks ei pidanud“.

Intervjuus osalemine võib olla emotsionaalselt koormav. Intervjuu sisu ja selle pikkus sõltub Teist. Teie ei pea rääkima mitte midagi mida Teie ei soovi. Teie võite loobuda ka intervjuust juba selle käigus ja sellega ei kaasne mitte mingeid kitsendusi. Kõigile Teie täiendavatele küsimustele olen valmis vastama kõigis uurimistöö etappides. Mind, ..... on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast ja riskidest. Kinnitan oma nõusolekut uuringus osaleda allkirjaga. Tean, et uuringu käigus tekkivatele küsimustele saan täiendavat informatsiooni uuringu teostajalt.

(järgneb)

**Tahtevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad**

Informeeritud nõusoleku vorm on vormistatud kahes eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uurijale. Täiendavate küsimuste tekkimisel vastuste saamiseks palume pöörduda uurija poole:

Rainer Mällo

Telefon: +372 55568783

E-post: [rainermallo@hotmail.ee](mailto:rainermallo@hotmail.ee)

Uuritava allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta: .....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri: .....

Kuupäev, kuu, aasta: .....

## Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee nõusolek uurimistööks

### Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee

Protokoll number: 284/T-4

koosolek: 27.08.2018

#### Komitee koosseis:

##### Esimees

Kadri Tamme Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, anestesioloogia ja intensiivravi lektor

##### Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

##### Liikmed

Diva Eensoo Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, tervisesotsioloogia teadur

Naatan Haamer Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja

Ruth Kalda Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini professor / õppetooli juhataja

Malle Kuum Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur

Liis Leitsalu Tartu Ülikool, Eesti geenivaramu, genoomika ja geneetilise tagasiside teadur

Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur

Kärt Pormeister Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, doktorant

Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Pille Taba Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, neuroloogia professor

Maria Tamm Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, eksperimentaalpsühholoogia teadur

Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

#### Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.

#### Uurimistöö nimetus:

Tahtevastane hooldus iseseisvas statsionaarses õendusabis – patsientide ja personali vaatekohad

#### Vastutav uurija (asutus):

Ere Uibu (Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, Tartu)

#### Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteelt, 04.09.2018
2. Tartu Ülikooli Kliinikumi kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks
3. Kutse uurimistöös osalemiseks
4. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (patsient), 04.09.2018
5. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (personal), 04.09.2018
6. Kokkulepe SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga uurimistöö sooritamiseks
7. Uuringu läbiviijate CVd (Ere Uibu, Rainer Mällo)

#### Uurimistöö lõpp: 30.06.2019

Komitee esimees: Kadri Tamme /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool  
grandikeskus  
Lossi 3  
51003 Tartu

tel 737 6215  
e-post eetikakomitee@ut.ee  
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee